



Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Relatório de Estágio

Excesso de peso e obesidade na gravidez e trabalho de parto: Intervenção das Enfermeiras Obstétricas

Joana Filipa Gonçalves Pereira

Orientador(es) | **Maria Otilia Brites Zangão**

Évora 2024



Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Relatório de Estágio

Excesso de peso e obesidade na gravidez e trabalho de parto: Intervenção das Enfermeiras Obstétricas

Joana Filipa Gonçalves Pereira

Orientador(es) | **Maria Otília Brites Zangão**

Évora 2024



O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus:

- Presidente | Maria da Luz Ferreira Barros (Universidade de Évora)
- Vogais | Ana Filipa da Silva Poeira (Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde) (Arguente)
Maria Otlia Brites Zangão (Universidade de Évora) (Orientador)

AGRADECIMENTOS

Numa jornada que exigiu persistência e dedicação, as pessoas com quem me fui cruzando no caminho determinaram o modo como ela decorreu e terminou e, por isso, agradeço a todos os que tornaram a minha jornada mais gratificante:

À Professora Doutora Otília Zangão, pela disponibilidade, apoio e dedicação ao longo de todo o percurso de estágio e construção do Relatório Final;

A todas as supervisoras clínicas, em especial à EEESMO Teresa Baltar e à EEESMO Patrícia Silvestre, por terem sido pilares essenciais na minha aprendizagem;

Aos meus colegas de serviço, pela disponibilidade para trocas e pela compreensão nos momentos de maior stress, que inevitavelmente lhes transmitia.

Agradeço também a todos aqueles que foram essenciais para o meu bem-estar físico e mental:

À minha sobrinha, Diana, a minha inspiração para me inscrever neste Mestrado e a minha maior motivação nas adversidades que fui encontrando;

À minha irmã, Carina, por ser sempre um apoio verdadeiro e incondicional;

Ao meu namorado, Daniel, por me ter incentivado a inscrever no Mestrado e por me ajudar a relativizar e a focar no essencial;

Aos meus pais, por serem sempre a casa e o aconchego que preciso.

TÍTULO: Excesso de peso e obesidade na gravidez e trabalho de parto: Intervenção das enfermeiras obstetras

RESUMO

Introdução: O Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final é uma unidade curricular do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, que permite desenvolver competências teórico-práticas. **Objetivo:** Analisar criticamente as competências comuns e específicas desenvolvidas ao longo do estágio, para o exercício profissional de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. **Metodologia:** Estágio realizado sob supervisão clínica e orientação pedagógica. Realizada revisão integrativa da literatura, associando-se à prática, através de recolha e análise de dados recolhidos em contexto clínico. **Resultados:** Adquiridas e desenvolvidas competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas da área de saúde materna e obstétrica. A temática desenvolvida contribuiu para adquirir conhecimentos que permitem melhorar os cuidados ao longo da gravidez e trabalho de parto. **Conclusões:** No processo de aquisição de competências foram atingidos os objetivos propostos. A obesidade deve ser encarada como um problema, sendo fundamental a gestão do peso antes, durante e após a gravidez.

Descritores (DeCS): Obesidade; Gravidez; Trabalho de Parto; Enfermeiras Obstétricas

TITLE: Overweight and Obesity in pregnancy and labor: Intervention of the Nurse Midwives

ABSTRACT

Introduction: The Professional Internship with Final Report is a curricular unit of the master's degree in Maternal and Obstetric Health Nursing, which allows for the development of theoretical and practical skills. **Objective:** To critically analyze the common and specific competences developed during the internship, for the professional practice of Maternal and Obstetric Health Nursing. **Methodology:** Internship carried out under clinical supervision and pedagogical guidance. A narrative review of the literature was carried out, linked to practice, through the collection and analysis of data gathered in a clinical context. **Results:** Acquired and developed common competences of the specialist nurse and specific competences in maternal and obstetric health. The theme developed contributed to acquiring knowledge that will improve care during pregnancy and labor. **Conclusions:** In the process of acquiring skills, the proposed objectives were achieved. Obesity should be seen as a problem and weight management before, during and after pregnancy is essential.

Descriptors (DeCS): Obesity; Pregnancy; Labor, Obstetric; Nurse Midwives

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1. CONTEXTO CLÍNICO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL	14
1.1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO INSTITUCIONAL DA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE ONDE DECORREU O ESTÁGIO	15
1.1.1. <i>Cuidados de Saúde Primários: Unidade de Cuidados na Comunidade</i>	16
1.2. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO INSTITUCIONAL DO CENTRO HOSPITALAR ONDE DECORREU O ESTÁGIO	19
1.2.1. <i>Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia</i>	22
1.2.2. <i>Internamento de puerpério</i>	29
1.2.3. <i>Unidade de cuidados intensivos neonatais</i>	32
1.3. METODOLOGIA DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL.....	33
1.3.1. <i>Objetivos</i>	33
1.3.2. <i>População alvo</i>	34
1.3.3. <i>Método de aprendizagem</i>	35
2. CONTRIBUTOS PARA A MELHORIA DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA	37
2.1. CONCRETIZAÇÃO	37
2.2. RESULTADOS OBTIDOS NA PRÁTICA CLÍNICA	44
3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE MOBILIZAÇÃO DE COMPETÊNCIAS ...	62
3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS	62
3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DOS ENFERMEIROS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA	65
CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	88
ANEXOS	103
ANEXO I- CRONOGRAMA CPNP	104
ANEXO II- FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO NO CPNP.....	105
ANEXO III- CONSULTA DE ENFERMAGEM- AVALIAÇÃO INICIAL.....	106
ANEXO IV- ESCALA DE GOODWIN MODIFICADA.....	107
ANEXO V- PARTOGRAMA	108

APÊNDICES	109
APÊNDICE A- PROPOSTA DE PROJETO DE TESE/ DISSERTAÇÃO/ ESTÁGIO/ TRABALHO DE PROJETO (MODELO T-005), RESUMO, PLANO E CRONOGRAMA	110
APÊNDICE B- REVISÃO DA LITERATURA	115
APÊNDICE C- CONTABILIZAÇÃO DAS EXPERIÊNCIAS REALIZADAS EM ESTÁGIO.....	116
APÊNDICE D- SESSÃO SOBRE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS E COMUNICAÇÃO INTRAUTERINA	117
APÊNDICE E- SESSÃO SOBRE TRABALHO DE PARTO E PARTO	118
APÊNDICE F- SESSÃO SOBRE PUERPÉRIO	119
APÊNDICE G- PLANIFICAÇÃO DA SESSÃO “COMPREENDER E ACALMAR O CHORO DO BEBÉ”	120
APÊNDICE H- PANFLETO DE DIVULGAÇÃO DA SESSÃO “COMPREENDER E ACALMAR O CHORO DO BEBÉ” ..	121
APÊNDICE I- SESSÃO “COMPREENDER E ACALMAR O CHORO DO BEBÉ”	122
APÊNDICE J- PÓSTER “MODELO DOS 5 ‘S’”.....	123
APÊNDICE K- PANFLETO “CANTINHO DA AMAMENTAÇÃO”	124
APÊNDICE L- PÓSTER “EXCESSO DE PESO E OBESIDADE NA GRAVIDEZ”	125
APÊNDICE M- RELATO DE CASO “COLESTASE INTRA-HEPÁTICA NA GRAVIDEZ”	126
APÊNDICE N- COMUNICAÇÃO “A TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE: A INTERVENÇÃO DO EEESMO”	127

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Contextos clínicos do Estágio de Natureza Profissional.....	15
Tabela 2. Número de partos e cesarianas no CHU	20
Tabela 3. Tabela de progressão ponderal	38
Tabela 4. Idade das parturientes	45
Tabela 5: Paridade das parturientes	47
Tabela 6. Antecedentes pessoais.....	53
Tabela 7. Antecedentes obstétricos.....	53
Tabela 8. Complicações no TP e Parto.....	55
Tabela 9. Monitorização interna.....	56
Tabela 10. Dados dos RN.....	60

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Organização ACES Algarve.....	16
Figura 2. Área de abrangência do CHU.....	19
Figura 3. IMC das parturientes	45
Figura 4. Grupos etários das parturientes	46
Figura 5. Nacionalidades das parturientes	47
Figura 6. Planeamento da gravidez.....	48
Figura 7. Vigilância da gravidez.....	49
Figura 8. Motivos de gravidez mal vigiada	49
Figura 9. IMC de cada grávida	50
Figura 10. Graus de obesidade.....	50
Figura 11. Aumento ponderal	51
Figura 12. Linha individual de aumento ponderal	51
Figura 13. Idade gestacional	52
Figura 14. Complicações da gravidez.....	54
Figura 15. Indução do TP	56
Figura 16. Duração da fase ativa do TP.....	57
Figura 17. Relação entre a paridade e a duração do TP.....	57
Figura 18. Tipo de parto	58
Figura 19. Motivos de partos distócicos	58
Figura 20. Analgesia/Anestesia	59
Figura 21. Frequência no CPNP	61

INTRODUÇÃO

A Universidade de Évora/Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, oferece a opção do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MESMO), curso que se encontra registado na Direcção-Geral do Ensino Superior (R/A-Ef 1783/2011/AL03) e tem parecer favorável da Ordem dos Enfermeiros (SAI -OE/2017/9022 e SAI -OE/2019/5981), permitindo a atribuição do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO). O MESMO, objetiva a aquisição de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro) e de Competências Específicas do EEESMO (Regulamento n.º 391/2019 de 3 de maio), proporcionando ao EEESMO competências para prestar cuidados à mulher durante o seu período reprodutivo e nos processos de saúde/doença nas fases preconcecional, pré-natal, intraparto, pós-natal e cuidados ao recém-nascido (RN) até aos 28 dias de vida. As competências estendem-se aos cuidados à mulher no período climatérico, com doença ginecológica e à promoção de saúde sexual e reprodutiva, tendo em conta a família e comunidade onde a mulher está inserida.

O Plano de Estudos do MESMO (Aviso n.º 15812/2019; DR 7/10/2019) inclui a unidade curricular (UC) Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final (ENPRF), cujo estágio teve início a 12 setembro de 2022 e término a 16 junho de 2023, dividido em dois semestres. O estágio está organizado em diferentes contextos clínicos, permitindo a aquisição de competências ao nível de Cuidados de Saúde Primários (CSP); Internamento de Grávidas/Ginecologia; Bloco de Partos (BP); Internamento de Puérperas e breve passagem por Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN). Todo o percurso foi realizado sob orientação da Professora Doutora Maria Otília Brites Zangão e sob supervisão clínica de EEESMO dos diferentes contextos clínicos.

Os objetivos do ENPRF foram descritos no Projeto de Estágio (Apêndice A), com vista ao desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEESMO, através de uma abordagem crítica e reflexiva. Neste sentido, foi selecionada uma temática aprofundada através da evidência científica, com o intuito de melhorar a prática clínica. Sensível aos dados mundiais atuais, surge a temática “Excesso de peso e obesidade na gravidez e trabalho de parto (TP): Intervenção das Enfermeiras Obstétricas”.

O excesso de peso e a obesidade são um problema de saúde mundial e, na Europa, cerca de 60% da população adulta apresenta esta condição. Estima-se que em vários países europeus,

incluindo Portugal, mais de 20% das mulheres padecem de obesidade no momento em que engravidam (WHO, 2022a). Dados de 2019 da OCDE constataam que, em Portugal, 17% dos adultos eram obesos, com uma média superior à da União Europeia (16%) (OECD, 2021). O significativo aumento de mulheres que engravidam com excesso de peso e obesidade alterou as características da população obstétrica, sendo este considerado um desafio obstétrico atual (Ballesta-Castillejos et al., 2020; Costa et al., 2022).

A American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], adverte que médicos obstetras e EEESMOS não devem descurar os cuidados relacionados com a obesidade e riscos associados, devendo estar preparados para discutir o tema de forma imparcial e para auxiliar a utente na perda de peso e na otimização da sua saúde (ACOG, 2019).

Face ao exposto, surge o interesse por esta problemática, com o propósito de oferecer melhoria na qualidade de vida a grávidas com excesso de peso e obesidade, agindo no sentido da prevenção de complicações e no desenvolvimento de conhecimentos acerca das dificuldades sentidas pelo EEESMO na prestação de cuidados durante a gravidez e TP e formas de as contornar, proporcionando as experiências de gravidez, trabalho de parto e parto o mais positivas possível.

A forma de combater a obesidade e, conseqüentemente, reduzir as complicações inerentes, passa pelo controlo de peso na preconção, visto que mulheres obesas que conseguem diminuir o peso nessa altura, têm maior probabilidade de ter melhores resultados obstétricos (Pacheco-Romero, 2017).

Desta forma, surge a necessidade de encontrar estratégias de promoção da saúde e de utilizar um modelo teórico de referência. A Carta de Ottawa, descreve promoção da saúde como um processo que permite oferecer condições que conduzam o indivíduo a melhorar a sua saúde (SNS, 2016). Para orientar a prática clínica, pela sua pertinência e adequação, foi utilizado o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender.

O Modelo de Nola Pender abraça uma perspetiva de enfermagem holística, tendo em conta a psicologia social e a articulação entre duas teorias comportamentais: A Teoria da Aprendizagem Social, que destaca a influência dos processos cognitivos na mudança de comportamentos e o Modelo de Valorização da Motivação Humana, que defende que o comportamento é racional (Tomey & Alligood, 2004). Este modelo permite avaliar e executar ações de promoção da saúde, através de três componentes, organizadas num diagrama: “1. as características e experiências

individuais, 2. os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar e 3. o comportamento de promoção da saúde desejável” (Victor et al., 2005, p. 237).

Com o objetivo de analisar criticamente as competências comuns e específicas desenvolvidas ao longo do estágio, para o exercício profissional de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, surge o Relatório Final sendo, posteriormente, defendido em provas públicas.

Este relatório foi elaborado de acordo com o Regulamento Académico da Universidade de Évora (despacho nº 3144/2019) encontrando-se estruturado em seis capítulos. O primeiro capítulo é referente à introdução, o segundo capítulo refere-se à caracterização dos contextos clínicos, o terceiro capítulo descreve os contributos para a melhoria da assistência em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, o quarto capítulo diz respeito à análise reflexiva sobre o processo de mobilização de competências, de seguida as considerações finais e, por último, as referências bibliográficas. Ao longo do texto encontram-se referenciados anexos e apêndices que ajudam a suportar as informações apresentadas.

A elaboração do relatório seguiu as normas de publicação da *American Psychological Association* [APA] 7ª. Edição (APA, 2020), normas para a elaboração de trabalhos académicos e científicos da UÉESESJD (Ordem de Serviço n.º 01/2023) e encontra-se redigido de acordo com o Novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa.

1. CONTEXTO CLÍNICO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

O estágio é parte fundamental na aprendizagem em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, permitindo aos estudantes integrar a teoria à prática. O contexto onde se realiza o estágio é preponderante na aquisição de competências e tanto o espaço físico como os recursos, influenciam a aprendizagem. Para além disso, as atitudes e comportamentos do profissional que supervisiona, assim como da restante equipa, podem impactar positiva ou negativamente o estágio do estudante (Mbakaya et al., 2020).

A prática desenvolvida ao longo do estágio, permitiu adquirir e desenvolver competências específicas do EEESMO (Regulamento nº391/2019, de 3 de maio de 2019), assim como competências comuns aos enfermeiros especialistas (Regulamento nº140/2019, de 6 de fevereiro de 2019). Para além disso, mediante a temática a desenvolver e delineada no Projeto de Estágio (Apêndice A), foi possível, ao longo dos contextos clínicos, recorrer a instrumentos disponíveis nos serviços que permitiram recolher dados que contribuíram para o seu aprofundamento.

A prática clínica desenvolvida ao longo dos dois semestres decorreu em diferentes contextos clínicos: CSP, Bloco de Partos, Puerpério, UCIN, Serviço de Grávidas e Urgência de Obstetrícia e Ginecologia (SUOG).

O primeiro semestre teve início no dia 12 de setembro de 2022 e terminou no dia 1 de fevereiro de 2023, correspondendo a 18 semanas de estágio, separadas em três contextos clínicos distintos. O segundo semestre teve início no dia 6 de fevereiro de 2023 e terminou no dia 16 de junho de 2023, correspondendo a mais 18 semanas de estágio, separadas em três contexto clínicos. Na Tabela 1 estão descritos os contextos clínicos do Estágio de Natureza Profissional em cada um dos semestres.

Segue-se a caracterização dos serviços, que dará foco aos recursos humanos, materiais disponíveis, estrutura física e alguns dados que serão fundamentais para contextualizar e clarificar o processo de aquisição de competências.

Tabela 1. Contextos clínicos do Estágio de Natureza Profissional

1º semestre		
Período	Instituição/Serviço	Nº semanas
12/09/2022 – 23/10/2022	Unidade de Cuidados na Comunidade	6
24/10/2022 – 02/12/2022	Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia Bloco de Partos	4
05/12/2022 – 26/01/2023	Serviço de Internamento de Puerpério	6
Pausa letiva 22/12/2022 – 02/01/2023		
2º Semestre		
06/02/2023 – 17/03/2023	Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia Internamento de grávidas e Atendimento urgente	6
20/03/2023 – 21/04/2023	Serviço de Urgência de Ginecologia/Obstetrícia- Bloco de Partos	4
24/04/2023 – 16/06/2023	Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia Bloco de Partos	8
Pausa letiva 05/04/2023 – 10/04/2023		

Fonte: Elaboração própria

1.1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO INSTITUCIONAL DA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE ONDE DECORREU O ESTÁGIO

A Administração Regional de Saúde [ARS] do Algarve, é uma instituição pública, regulada pelo Ministério da Saúde, com personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e cuja principal missão é garantir cuidados de saúde à população abrangida pela sua área geográfica (SNS, 2023a).

O Decreto-Lei n.º 52/ 2022 aprova a “criação, organização e funcionamento dos agrupamentos de centro de saúde (ACES)” (p.7), integrados na ARS e definidos como serviços de saúde com autonomia administrativa, constituídos por centros de saúde, que englobam unidades funcionais: Unidades de Saúde Familiar (USF), Unidades de Cuidados Personalizados (UCSP), Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), Unidades de Saúde Pública (USP) e Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP). De acordo com o Decreto-Lei n.º 52/ 2022, os ACES têm como missão prestar cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica, centrando-se na promoção da saúde e prevenção da doença (Ministério da Saúde, 2022).

O ACES Algarve divide-se em três regiões: ACES Algarve I- Central, ACES Algarve II- Barlavento e ACES Algarve III- Sotavento, abrangendo cada um diferentes cidades da região (Figura 1).

Figura 1. Organização ACES Algarve



Fonte: Adaptado de ARS Algarve I.P. (2019)

O ACES Algarve I Central integra Centros de Saúde de cinco cidades, abrangendo 18 freguesias, numa área de 1381, 12 km². Em agosto de 2023, estavam inscritos neste ACES 278 009 utentes (SNS, 2023j) e quanto ao total acumulado de notícias de nascimento na região do Algarve, contabilizavam-se 2 141, até essa altura (SNS, 2023i).

O contexto clínico em CSP decorreu numa UCC, integrando o conjunto de unidades com autonomia funcional e técnica, cuja intervenção é do âmbito comunitário. De acordo com o Decreto-Lei n.º 52/2022, é composta por uma equipa de “médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala e outros profissionais” (p.21), consoante as necessidades. Com base no mesmo Decreto-Lei, a UCC tem como missão contribuir para ganhos em saúde da população abrangida, através de cuidados psicológicos, domiciliários e comunitários (Ministério da Saúde, 2022).

A UCC onde decorreu este contexto clínico está integrada no ACES Central do Algarve, estando os utentes divididos por freguesias. Segundo os dados mais recentes, referentes a agosto de 2023, a UCC abrangia 71 574 utentes (SNS, 2023c).

1.1.1. Cuidados de Saúde Primários: Unidade de Cuidados na Comunidade

Apesar dos utentes estarem divididos por freguesias, os projetos destinados aos EEESMO encontram-se a decorrer apenas na UCC de F, abrangendo todas as utentes do concelho. Atualmente, são dois os EEESMOS que constituem a equipa, e a eles cabe os seguintes projetos: “Curso de Preparação para o Nascimento e Parentalidade” (CPNP) e “Cantinho da Amamentação”.

Relativamente à preparação para o parto e adaptação à parentalidade, as dotações seguras correspondem a um EEESMO para cada 500 nascimentos ao ano (OE, 2019c) . Neste sentido, consideram-se os últimos dados, referentes ao ano 2021, que fazem jus a 593 nascimentos no concelho (PORDATA, 2021), pelo que se considera, segundo estes dados, que esta UCC apresenta as dotações consideradas seguras pela Ordem dos Enfermeiros (OE).

O espaço destinado aos EEESMO contém uma sala de enfermagem, um ginásio e uma sala de cantinho da amamentação. A UCC funciona de segunda-feira a sexta-feira das 8:00 horas às 20:00 horas e aos feriados e fins de semana das 9:00 horas às 16:00 horas.

Os CPNP estão organizados em 11 sessões teórico-práticas, definidas antes do início de cada curso e apresentadas em cronograma (Anexo I), decorrendo dois cursos em simultâneo, separados em duas turmas, correspondendo cada uma a um EEESMO. O horário das sessões varia consoante o EEESMO que o ministrar, havendo um horário na parte da manhã e outro na parte da tarde. O curso conta com a colaboração de uma equipa multidisciplinar que engloba Fisioterapeuta, Técnico Superior de Serviço Social, Higienista Oral, Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatra, para além do EEESMO. O projeto inicial visava ainda um curso de recuperação pós-parto (CRPP) e massagem ao bebé, o qual por motivos internos e decorrente da pandemia, não estava a ser desenvolvido quando decorreu o estágio.

Os CPNP são promovidos com o intuito de transmitir conhecimentos aos futuros pais, de forma a prepará-los para o parto e para os cuidados ao RN, dando-lhes preparação prática sobre os vários temas, ao mesmo tempo que prevê melhorar o bem-estar físico e psicológico da grávida (Tataj-Puzyna et al., 2023). Os CPNP encaminham a mulher, juntamente com o companheiro, a tomarem decisões conscientes e conseguirem um momento de parto mais satisfatório (OE, 2021a).

Já os CRPP, têm como principais objetivos promover o processo de adaptação e recuperação da mulher, apoiar na transição para a parentalidade, promover o envolvimento paterno, apoiar no aleitamento materno (AM) e esclarecer sobre cuidados ao RN. Ambos os cursos constituem um importante recurso para transmissão de conhecimentos e informações fidedignas que permitam ao casal tomar decisões conscientes e responsáveis. Idealmente, a organização dos cursos deveria consistir num processo único e interligado (DGS, 2020). Desta forma, seria importante que os CRPP retomassem nesta UCC.

A inscrição no CPNP é feita através de um formulário (Anexo II) que deve ser entregue pelo enfermeiro de família e preenchido pela grávida, sendo posteriormente encaminhado para o

EEESMO, na UCC. A grávida é, posteriormente, contactada pelo EEESMO para agendamento de uma consulta inicial. Os cursos realizados nos CSP destinam-se, preferencialmente, a utentes referenciadas pelas Unidades Funcionais dos ACES, o que não invalida a participação de outras utentes, mediante vagas disponíveis (DGS, 2020).

Na organização de cada curso, preconiza-se uma consulta inicial com a grávida e cônjuge, com o objetivo de conhecer o casal e apresentar os objetivos do curso. Nesse momento, é preenchido um formulário “Consulta de enfermagem inicial” (Anexo III), com o intuito de conhecer antecedentes pessoais, obstétricos e dados da gravidez atual. É incentivada a participação do pai ou pessoa significativa, relembrando as necessidades presentes no homem, relacionadas com a adaptação à parentalidade e tendo em conta a necessidade de os ouvir, esclarecer e apoiar (DGS, 2015b).

Esta consulta revela-se extremamente útil para conhecer melhor a grávida, uma vez que são abordados temas como o plano de parto, o que permite perceber qual a sua intenção relativamente ao tema e, muitas vezes, despertá-la para este assunto. De referir a lacuna existente ao nível da realização de planos de parto, uma vez que, apesar de ser um assunto abordado, não existe nenhum momento destinado para esse efeito, a não ser que a grávida manifeste esse interesse.

O plano de parto consiste num documento onde são descritos os desejos e escolhas da mulher/casal para o momento do parto. Para combater a crescente medicalização do parto, em 1980, surgiram os planos de parto, pretendendo dar autonomia e poder de decisão informada à mulher, assim como facilitar a comunicação entre a mulher/casal e os profissionais de saúde. O estudo “*Birth plans: A systematic, integrative review into their purpose, process, and impact*” concluiu que os planos de parto passaram a ser institucionalizados, sendo a maioria apresentados em forma de *checklist*, o que retira algum controlo à mulher e dá preferência às escolhas da instituição. Ainda assim, concluiu que os planos de parto demonstraram resultados positivos para as mulheres, quando elaborados em conjunto com profissionais de saúde, uma vez que ajudam a criar expectativas realistas, a melhorar a satisfação e a empoderar a mulher (Bell et al., 2022).

Retomando à consulta inicial, é também avaliado o Índice de Massa Corporal (IMC) da grávida e, neste sentido, feita educação para a saúde relacionada com estilos de vida saudáveis e controlo de peso na gravidez. São abordadas as expectativas relativamente ao CPNP, os temas de maior interesse e os medos relacionados com o momento. Nessa consulta, é feita a avaliação física da

grávida, abordando os desconfortos da gravidez, avaliada a altura do fundo uterino (AFU), realizadas manobras de Leopold e feita auscultação dos batimentos cardíacos fetais.

Para além deste projeto, os EEESMO asseguram o “Cantinho da Amamentação”, destinado a mães a amamentar que necessitem de apoio e orientações relativamente à amamentação. Este serviço pode ser disponibilizado através da procura do mesmo pela puérpera, ou através do contacto telefónico efetuado pelo profissional, no seguimento da notícia de nascimento do RN. Neste seguimento, cabe ao EEESMO cumprir o preenchimento dos indicadores de AM na plataforma Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP).

Todas as intervenções efetuadas são devidamente registadas no sistema informático *SClínico*.

1.2. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO INSTITUCIONAL DO CENTRO HOSPITALAR ONDE DECORREU O ESTÁGIO

O Centro Hospitalar Universitário [CHU] está integrado no Sistema Nacional de Saúde (SNS) e é composto por três unidades hospitalares do sul do país (Unidade F; Unidade P, Unidade L), às quais se juntam Unidades de Urgência Básica e um Centro de Medicina Física e de Reabilitação (SNS, 2023d). Conta também com o Centro Académico de Investigação e Formação Biomédica do Algarve, criado pela Portaria n.º 75/2016 de 8 de abril, permitindo fortalecer a área da investigação.

Em 23 de agosto de 2017, recebeu a denominação de Hospital Universitário, através do Decreto-Lei n.º 101/2017, passando a intensificar a sua ação relativa ao ensino e investigação, mantendo colaboração com instituições de Ensino Superior.

Trata-se de um Centro Hospitalar de referência no SNS, que assegura a prestação de cuidados de saúde a toda a população da região do Algarve, abrangendo um total de 16 concelhos (Figura 2) e 84 freguesias (SNS, 2023b).

Figura 2. Área de abrangência do CHU



Fonte: Adaptado de visitando Portugal

Segundo dados estatísticos dos censos, em 2021, este CHU deu resposta a 467 343 habitantes, número que tende a triplicar em alturas do ano propícias ao turismo (INE, 2022).

Em 2022, o CHU, deu resposta a 3 432 nascimentos, entre eles 1 040 cesarianas (SNS, 2023g). Segundo dados internos, foi possível recolher informação sobre o número de nascimentos da Unidade Hospitalar (UH) onde decorreu o estágio, sendo um total de 2 250, o que engloba a maioria dos partos realizados neste CHU.

Através da Tabela 2, podemos verificar que o número de partos realizados no CHU, nos últimos quatro anos, tem vindo a diminuir, ao contrário do número de cesarianas, que tem aumentado.

Tabela 2. Número de partos e cesarianas no CHU

Ano civil	Total de partos	Total de cesarianas	Percentagem cesarianas
2019	3813	1163	30,5%
2020	3645	1014	27,8%
2021	3499	1017	29%
2022	3432	1040	30,3%

Fonte: SNS Transparência

A Organização Mundial da Saúde [OMS] preconiza que a taxa de cesarianas se encontre entre 10% a 15%, porém, a nível global, prevê-se que até 2030, a taxa de cesarianas suba até 29%, um valor notavelmente acima do recomendado (Angolile et al., 2023). As revisões de 2015 da OCDE sobre a qualidade dos cuidados de saúde em Portugal, referiam que o SNS português tem respondido de forma eficaz à pressão financeira, devendo, no futuro, apostar mais ao nível dos CSP, levando a crer que ao aumentar os cuidados prestados nestas instituições, poderão reduzir-se as taxas de cesarianas (OECD, 2015).

Acredita-se que as principais razões que levam ao aumento das taxas de cesarianas estão associadas a “preferências das mulheres e famílias, visões e crenças dos profissionais de saúde, conveniência, remuneração, organização dos cuidados de saúde e estruturas de financiamento.” (Betran et al., 2021, p. 7).

Quanto à diminuição da natalidade entre 2019 e 2022, poderá estar associada à pandemia de COVID-19, sendo que, só a primeira vaga, pode ter resultado numa redução de 14% no número de

nascimentos na Europa. Associado à pandemia, o distanciamento social, o medo relacionado com a doença e a crise socioeconómica, podem ter influenciado nesta descida (Pomar et al., 2022).

Já em 2023, verifica-se que nos primeiros cinco meses do ano foram registados mais 5,5% de nascimentos do que no mesmo período do ano anterior, o que sugere um ligeiro aumento da natalidade (INE, 2023). No CHU, até julho de 2023 registaram-se 2 126 partos, mais 237 do que no mesmo período do ano 2022 (SNS, 2023g).

Importa destacar a multiculturalidade encontrada neste CHU, que influencia a forma de prestar cuidados a cada mulher, constatando-se que, segundo dados internos, dos 2 250 partos desta UH, 1 411 foram de mulheres com nacionalidade portuguesa e os restantes de mulheres estrangeiras, o que perfaz um total de 63% portuguesas e 37% estrangeiras. Alargando os dados ao restante país, verifica-se que dos 83 671 partos ocorridos em Portugal em 2022, 14 003 foram de mulheres estrangeiras (PORDATA, 2022).

O número de imigrantes em Portugal tem vindo a aumentar nos últimos anos, tendo sido registado em 2020, um acréscimo de 12% face ao ano de 2019 (Oliveira, 2021). Entende-se por população imigrante qualquer pessoa que atravesse a barreira internacional, incluindo refugiados, imigrantes ilegais, transitórios ou com bom estatuto socioeconómico. De forma geral, os imigrantes são uma população cuja saúde é vulnerável, associada a cuidados de saúde inadequados. As mulheres grávidas têm riscos acrescidos e muitas vezes apresentam patologias descompensadas, que culminam em resultados obstétricos e neonatais adversos (Behboudi-Gandevani et al., 2022).

As situações migratórias têm vindo a ser associadas a maior morbimortalidade obstétrica, sendo, na maioria das vezes, justificada pela vigilância insuficiente no pré-natal, relacionada com situações de precariedade, barreiras linguísticas e, muitas vezes, pela representação distinta do acompanhamento da gravidez entre as diferentes culturas. Verificam-se mulheres grávidas migrantes que chegam ao SNS com gravidezes mal vigiadas, patologias descompensadas e outras complicações obstétricas. Para além disso, existe ainda associação entre mulheres migrantes e desproporção feto-pélvica. Estas situações podem levar ao aumento de cesarianas nestas comunidades (Radjack et al., 2023), o que pode influenciar no aumento de partos por cesariana registados nos últimos anos.

O Plano Nacional de Saúde (PNS) 2021-2030 apresenta dados que espelham como a população residente em Portugal tem decrescido na última década. Entre 2015 e 2019, a taxa de natalidade parece ter estabilizado, porém, justifica-se pelo aumento do número de imigrantes permanentes que

ultrapassou o número de emigrantes permanentes, o que fez um saldo migratório positivo e o aumento de nascidos-vivos filhos de mulheres estrangeiras. Ainda assim, segundo os dados apresentados e as conclusões apresentadas no PNS, prevê-se que Portugal continue a perder população até 2080 (SNS, 2022).

A especialidade de Obstetrícia do CHU-F engloba os internamentos de Grávidas e de Puérperas, a Urgência de Obstetrícia e Ginecologia e consultas externas. O serviço de Obstetrícia distingue-se pela melhoria contínua dos cuidados, encontrando-se envolvido nos projetos “Maternidade com Qualidade” e “Hospital amigo dos bebés”, tendo sido, em 2014, certificado pela Direção Geral da Saúde [DGS] com nível de qualidade bom e tendo como princípio o trabalho multidisciplinar e em equipa, priorizando a articulação com os serviços de “Pediatria, Neonatologia, Ginecologia, Anestesiologia, Psicologia Clínica, Psiquiatria, Cirurgia Geral e de Medicina Interna em particular com Diabetologia e Nutrição” (SNS, 2023h).

O projeto “Maternidade com qualidade”, foi lançado em 2013 pela Ordem dos Enfermeiros, no sentido da melhoria da qualidade e segurança dos cuidados, cujos indicadores de referência são: “Hidratação/ Ingesta durante o trabalho de parto”, “Estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto”, “Episiotomia/a utilização na prática clínica”, “Amamentação/ 1ª hora após o parto” e “alívio da dor/ medidas não farmacológicas no trabalho de parto e parto” (OE, s.d). Já o “Hospital amigo dos bebés”, consiste num programa mundial lançado pela OMS e pela United Nations Children's Fund [UNICEF], como incentivo ao aleitamento materno por parte dos Hospitais, através da implementação de 10 medidas que contribuem para o sucesso do mesmo (UNICEF, s.d).

1.2.1. Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia

O SUOG do CHU- Unidade F faz parte do Departamento de Ginecologia/Obstetrícia e Reprodução Humana e assiste a mulher ao longo do seu ciclo de vida, incluindo preconcepção, gravidez, parto, puerpério, climatério e menopausa (SNS, 2023k).

Encontra-se no 5º piso do edifício principal e engloba o Atendimento Urgente ou Admissão (Urgência de Obstetrícia e Ginecologia), o Internamento de Grávidas (Medicina Materno Fetal) e o BP, que conta ainda com um Bloco Operatório destinado a urgências obstétricas.

Todas as utentes que se dirigem à urgência iniciam o circuito de chegada pelo Serviço de Urgência Geral (SU), onde são devidamente triadas pelo sistema de Triagem de Manchester e,

posteriormente, são encaminhadas para o 5º piso. No caso de utentes com afeções ginecológicas, são acompanhadas pelo assistente operacional do SU até ao serviço de destino e no caso das grávidas, são as assistentes operacionais do SUOG que as vão buscar e acompanhar. Se forem utentes que chegam acompanhadas pelo INEM ou pelos Bombeiros, são transportadas até ao serviço pela equipa de emergência.

À chegada ao 5º piso, todas as utentes devem aguardar chamada na sala de espera, destinada para o efeito. Ao serem chamadas, pelo médico ou pelo EEESMO, dirigem-se para o Atendimento urgente, ou Admissão.

Admissão

A Admissão é o local onde a utente é observada e onde é decidido o seu encaminhamento. Neste local, são prestados cuidados obstétricos e ginecológicos, atendendo mulheres durante todo o seu ciclo de vida.

O espaço físico destinado à admissão é composto por: sala de espera, uma casa de banho, zona de sujios, duas salas de admissão e uma sala de observação. A sala de admissão 1, à esquerda, é composta por marquesa ginecológica, ecógrafo, monitor de sinais vitais e armário de consumo clínico. Do outro lado, a sala de admissão 2, composta com o mesmo material que a anterior. Ao fundo dessa sala, separada por uma porta, encontra-se o espaço onde as grávidas realizam a cardiocotografia (CTG). A Sala de Observação (SO) está devidamente equipada com cama de partos, cardiocotógrafo, cadeirão e armário de material clínico, podendo ser usada em caso de parto eminente, ou caso as salas de parto estejam todas ocupadas.

No atendimento à grávida que recorre ao SUOG, a prestação de cuidados varia consoante o tempo de gestação e a queixa. É extremamente importante que a grávida se faça acompanhar pelo boletim de saúde da grávida (BSG), instrumento onde constam dados acerca da grávida e do feto, pois através dele é assegurada a transmissão de informação clínica relevante, permitindo a interligação entre CSP e Hospital (DGS, 2015b). Desta forma, tal como preconizado pela DGS, todas as intervenções realizadas pelos profissionais de saúde devem ficar devidamente preenchidas no BSG (DGS, 2023a).

O risco gestacional deve ser avaliado, através da Escala de Goodwin Modificada (Anexo IV), na primeira consulta preconcecional ou de gravidez e reavaliado em todas as consultas, uma vez que este é dinâmico e modificável (DGS, 2015b). A avaliação do risco é fundamental para a

vigilância adequada da gravidez, determinando o seu plano de seguimento e necessidade de cuidados acrescidos (DGS, 2023a).

Assim, independentemente do risco gestacional, perante uma grávida que recorra ao SUOG é realizada avaliação materno-fetal, através da avaliação de parâmetros vitais, avaliação do estado geral, presença de desconfortos e realização de exames ou análises conforme necessidade, nomeadamente se suspeita de rotura da bolsa amniótica, através do *AmnioSure* teste. Este, consiste num teste rápido e altamente sensível que deteta, através de secreções cérvico-vaginais a rotura de membranas (Thumm et al., 2020). A realização de CTG é também um procedimento de rotina em grávidas com 38 semanas ou mais (Nené et al., 2016). Em caso de necessidade, pode ser realizado antes das 38 semanas e consiste na monitorização não invasiva da frequência cardíaca fetal (FCF), das contrações uterinas e dos movimentos fetais (Silveira & Júnior, 2020).

Em situações do primeiro trimestre, nomeadamente hemorragia ou dor intensa, é realizada ecografia transvaginal pela equipa médica. No caso de suspeita de contrações em gravidezes que não sejam de termo é realizada tocografia, com o intuito de confirmar a existência de contrações uterinas.

Nos casos de início do TP, indução do TP, ou situações patológicas que exijam vigilância, as grávidas são encaminhadas para o Internamento de Grávidas. Em casos de cesarianas eletivas, habitualmente a grávida aguarda em SO pela hora da cirurgia, que é realizada no Bloco Operatório do serviço. Se a grávida estiver na fase ativa do TP, ou seja, com contrações dolorosas e regulares e dilatação de cinco ou mais centímetros (WHO, 2018), é encaminhada para o BP.

No atendimento a mulheres com patologias ginecológicas, após observação médica, é feita estabilização hemodinâmica da mulher em SO. Caso haja necessidade de cirurgia imediata, é feita preparação pré-operatória e transferida para o Bloco Operatório Central. Se, porventura, a mulher necessitar de internamento, é feito o encaminhamento para o serviço de Ginecologia.

Neste posto, o sistema informático utilizado para os registos médicos e de enfermagem é o *ALERT*.

Internamento de grávidas

Esta é uma unidade de internamento para grávidas com patologia associada, materna ou fetal e que necessitem de cuidados ou vigilância diários. Para além destas, nesta unidade, também ficam internadas grávidas em fase latente do TP, ou grávidas em indução do TP.

Como evidenciado por Silva et al. (2013), o internamento hospitalar provoca na grávida sentimentos de apreensão e instabilidade emocional, associados à rotina hospitalar. As grávidas de risco experienciam momentos stressantes, com transformações biológicas, fisiológicas e psicológicas, que muitas vezes afetam também a restante família. O EEESMO assume um papel importante ao unir o conhecimento científico com os cuidados psicossociais às mulheres (Silva et al., 2013). Assim, o cuidado às grávidas internadas privilegiou o seu acolhimento na unidade, favorecendo uma comunicação empática e promovendo, sempre que possível, um ambiente tranquilo e acolhedor, garantindo-se cuidados personalizados e centrados nas necessidades individuais de cada mulher.

Relativamente ao espaço físico, este serviço é composto por uma sala de enfermagem e cinco enfermarias com três camas, perfazendo um total de 15 camas. Em cada enfermaria, as unidades são compostas com cama, mesa de apoio, campainha, rampa de oxigénio e de vácuo, estando separadas entre si por uma cortina, garantido a privacidade de cada utente. Como espaço comum, cada enfermaria contém um lavatório, uma mesa, uma televisão e os armários, que apesar de estarem todos no mesmo ponto do quarto, estão separados por número de cama. O internamento conta com uma casa de banho, que contém três boxes com duche, bastante utilizadas nas fases latentes do TP e antes da ida para o BP.

Estão disponíveis cardiocógrafos, com acesso à central *OmniView* para registo eletrónico de CTG e monitores de FCF, para além de todo o material indispensável num serviço de internamento. De referir que, com a pandemia, foi necessário reestruturar o serviço e criar uma enfermaria destinada a grávidas que testassem positivo ao SARS-COV2, localizando-se ao fundo do serviço. Com o fim da pandemia, os testes deixaram de ser realizados como rotina, mantendo-se essa mesma enfermaria destinada a situações de isolamento ou para situações de aborto ou interrupções da gravidez.

No que diz respeito à indução do TP, esta deve ser decidida tendo em conta a saúde materna e fetal e os riscos maternos e/ou fetais de prolongar a gravidez, a idade gestacional, a pelve materna, a estimativa de peso fetal e a apresentação fetal. Já o método de indução deve ser devidamente selecionado, após a correta avaliação das características cervicais, traduzidas pelo índice de Bishop (IB) (DGS, 2015a). Considera-se que o colo apresenta características favoráveis ao início do TP quando o IB é superior ou igual a oito, por outro lado, quando o IB é inferior ou igual a seis, significa que o colo do útero necessita de maturação, estando indicado o uso de métodos

farmacológicos ou mecânicos para o efeito (Marujo et al., 2017). No CHU - Unidade F, a indução pode ser feita com a administração de misoprostol vaginal, oral ou jugal, perfusão de ocitocina, *propess* ou com algália *foley*. Os cuidados após a aplicação do método de indução escolhido seguem os protocolos do serviço.

Diariamente, no turno da manhã (8:00 horas-16:00 horas), é realizada visita médica, juntamente com o EEESMO, onde são discutidos os casos clínicos de cada grávida e decidida a intervenção a realizar, sendo um momento caracterizado pela personalização dos cuidados, que promove a melhoria da comunicação entre a grávida e os profissionais de saúde.

Neste serviço de internamento é utilizado o sistema informático *SClínico* para a realização de registos médicos e de enfermagem e o sistema informático *Ghaf* para as prescrições e registo de medicação. O horário de visitas engloba o período das 13:00 horas às 21:00 horas.

Tanto na Admissão de doentes, como no Internamento de Grávidas, quando a grávida entra em TP e é transferida para o BP, inicia-se o preenchimento do partograma. O partograma é um instrumento utilizado para avaliar a evolução do TP, através de uma representação gráfica. Este instrumento de avaliação inclui o registo da dilatação cervical, FCF, regularidade das contrações uterinas, sinais vitais maternos e outros parâmetros. Quando o partograma é devidamente preenchido, é possível detetar precocemente desvios à evolução normal do TP (Cavale et al., 2019).

Bloco de partos

O BP é constituído por salas de parto destinadas à prestação de cuidados às parturientes em fase ativa do TP ou a grávidas de alto risco que necessitem de maior vigilância.

É composto por quatro salas de parto individuais, contendo, cada uma, uma cama de parto, um cardiocógrafa com avaliação de sinais vitais, uma seringa infusora, uma mesa de inox portátil de apoio ao parto e à epidural, uma bancada munida de banheira, aquecedor, fonte de oxigénio e vácuo e de todo o material necessário, onde são prestados os primeiros cuidados ao RN. Contém ainda um armário de arrumação do material clínico, uma balança para pesar o RN e um cadeirão para o acompanhante. Todas as salas de parto contam com colunas ligadas a um sistema de rádio, que são utilizadas caso seja desejo da parturiente. O serviço dispõe de bolas de pilates, disponibilizadas conforme a preferência e desejo da parturiente.

Em contexto de sala de partos é sempre assegurada analgesia epidural, se essa for a vontade da parturiente. É permitida a permanência contínua de um acompanhante durante todo o TP, parto e recobro, tal como preconizado pela Lei 15/2014, de 21 de março.

O momento do parto gera um misto de sentimentos na parturiente, que vão desde a alegria extrema, até ao medo, ansiedade e dor. Desta forma, é necessário que os profissionais tenham sensibilidade para apoiar as parturientes e proporcionar-lhes conforto (Alvares et al., 2020). Uma grávida que manifeste medo do parto tem cinco vezes maior probabilidade de vivenciar uma experiência de parto negativa, sendo que, nestes casos em particular, a empatia e o cuidado prestado, podem melhorar significativamente a experiência de parto (Wigert et al., 2020).

O contacto pele-a-pele após o nascimento traz benefícios para a mãe, contribuindo para a dequitação, aumento da eficácia na amamentação e redução dos níveis de stress, assim como para o bebé, permitindo termorregulação corporal e diminuição do stress ao nascer (Widström et al., 2019). O contacto pele-a-pele entre a mãe e o bebé na primeira hora após o nascimento, é uma recomendação da OMS e da UNICEF, englobando uma das medidas para que os hospitais sejam considerados “Hospital Amigo dos bebés” (UNICEF, s.d), tendo sido uma prática promovida e incentivada neste contexto clínico.

Com a condicionante da pandemia, passou a haver uma quinta sala de partos, antigo recobro, destinada a parturientes positivas para o SARS-COV2, equipada com todo o material necessário para a mãe e RN, que permanecem em alojamento conjunto. Com o fim da pandemia, deixou de haver essa quinta sala de partos, retomando à sua função inicial de recobro de partos vaginais.

O serviço conta com uma área operatória destinada a cirurgias obstétricas, bem como a algumas cirurgias ginecológicas que exijam intervenção rápida, nomeadamente curetagem. A sala é composta por maca operatória, ventilador, carro de anestesia, carro de circulante, três mesas móveis de apoio aos procedimentos cirúrgicos, um candeeiro *pantoff* e dois computadores para realizar os registos de cirurgia segura. Ao lado desta sala encontra-se a sala de sujos, de apoio à sala operatória. O facto de existir um bloco operatório inerente ao serviço é uma mais-valia, visto que em situações de urgência e emergência, o tempo necessário para transferir a grávida da sala de partos para a sala operatória é bastante reduzido.

Em frente ao bloco operatório, encontra-se a sala de reanimação do RN, com janela de acesso direto para a UCIN. Nesta sala, encontram-se duas mesas de reanimação do RN com fonte de calor, rampa de oxigénio, aspiração por vácuo, balança, banheira e todo o material necessário para os

primeiros cuidados ao RN e para reanimação. Também podemos encontrar nesta sala o frigorífico onde é guardada a medicação que precisa de ser acondicionada nesse local, assim como uma estufa onde podemos encontrar lençóis e resguardos aquecidos.

Aquando de cesarianas, o trabalho realizado incidiu na preparação da grávida para o Bloco Operatório, cuidados imediatos ao RN e cuidados ao puerpério imediato e pós-cirúrgico, na unidade de cuidados pós-anestésicos, impulsionando a mobilização de conhecimentos na área cirúrgica e anestésica e interligando-os com a área obstétrica e neonatal.

Independentemente do tipo de parto, todas as puérperas permanecem duas horas no recobro do BP para vigilância. Durante este tempo é avaliada a perda hemática vaginal, a involução uterina e os parâmetros vitais. Em caso de parto vaginal, é iniciada alimentação sólida, caso a puérpera o pretenda e removido o cateter epidural. Neste momento, é estimulada e avaliada a primeira mamada, assim como a vinculação da díade ou tríade. Da mesma forma, é mantida vigilância do RN, com especial atenção para sinais de dificuldade respiratória ou gemido (DGS, 2023b).

O serviço conta ainda com um armazém clínico, uma sala de enfermagem onde são observados os CTG's em curso, uma casa de banho do pessoal, uma copa e o gabinete da Enfermeira Gestora.

A equipa do BP é composta por enfermeiros, entre os quais EEESMO, Médicos Obstetras, Pediatras, Anestesiologistas e Assistentes Operacionais. Para além de outras especialidades médicas, sempre que solicitadas. Para a realização de registos é utilizado o Partograma para registo da evolução do TP, assim como o sistema informático *SClinic*.

Recursos humanos e distribuição de postos de trabalho

A equipa do BP é composta por 48 enfermeiros, sendo uma enfermeira gestora, 28 EEESMOS, 18 enfermeiros generalistas e uma enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

A escala de enfermagem segue as seguintes regras: Na Admissão devem estar escalados dois EEESMO nos turnos da manhã (08:00 horas - 16:00 horas) e da tarde (15:30 horas - 00:00 horas). Por falta de recursos humanos, por vezes fica escalado um EEESMO e uma enfermeira generalista ou apenas um EEESMO. No turno da noite (23:30 horas - 08:30 horas) deve estar escalado um EEESMO. No Internamento de Grávidas, devem estar escalados dois EEESMO em cada turno (por falta de recursos humanos, por vezes fica escalado um EEESMO e uma enfermeira generalista). No BP, devem estar escalados dois EEESMO em cada turno. Já no Bloco Operatório, as dotações

seguras exigem um enfermeiro circulante, um enfermeiro anestesista e um enfermeiro instrumentista (OE, 2019c)

Na totalidade, perfaz um total de nove enfermeiros nos turnos da manhã e da tarde, com obrigatoriedade de cinco EEESMOS e oito enfermeiros no turno da noite, com obrigatoriedade de cinco EEESMOS.

A Mesa do Colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica determina que o rácio EEESMO/grávida no internamento de Medicina Materno Fetal (MMF) é de 1:3 se gravidez de alto risco e 1:6 se gravidez de médio risco. No caso de indução do TP, o rácio deve ser 1:3 (OE, 2017). Tendo em conta a lotação máxima do serviço verifica-se que, por vezes, as dotações seguras não são cumpridas.

Em contexto de BP, a Mesa do Colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica determina rácio de 1:2 no 1º estágio e 1:1 no 2º estágio (OE, 2017). Tendo em conta o alto fluxo de parturientes que por vezes se verifica, nem sempre o rácio é cumprido.

A dotação segura é um aspeto fundamental para garantir a qualidade dos cuidados prestados e, para além disso, recomenda-se que em contexto de SUOG, todos os enfermeiros sejam EEESMO e que sejam formados em Suporte Avançado de Vida em Obstetrícia e Emergências Obstétricas (OE, 2019c).

1.2.2. Internamento de puerpério

O Serviço de Internamento de Puerpério encontra-se no quinto piso e é composto por um total de 34 camas disponíveis para puérperas e respetivos RN's, englobando quatro unidades em quartos individuais com casa de banho, para situações de isolamento, como a infeção por SARS-COV2 ou outras doenças infetocontagiosas e ainda para situações que exijam maiores cuidados e vigilância, como patologias associadas à gravidez ou pós-parto.

As restantes enfermarias são compostas por três unidades, divididas entre si por uma cortina, sendo cada uma composta por cama, mesa-de-cabeceira e munida de campainha individual, rampa de oxigénio e vácuo. Em espaço comum encontra-se uma mesa de apoio, um lavatório e ainda um armário dividido pelo respetivo número de camas. O serviço dispõe de duas casas de banho comuns para as utentes.

A transferência das puérperas para o internamento está a cargo da equipa de enfermagem do BP, que após as duas horas de puerpério imediato confirma a estabilização hemodinâmica da

puérpera e assegura a sua transferência, juntamente com o RN, ou apenas da puérpera em casos de internamento do RN na UCIN.

No Serviço de Puerpério, os cuidados prestados pelos enfermeiros devem satisfazer as necessidades reais da puérpera e do RN, que sendo individuais, englobam um conjunto de diagnósticos e de intervenções que são comuns e importa conhecer. A intervenção do EEESMO deve primar pela prevenção de complicações e pela promoção da autonomia e do autocuidado, bem como pelo cuidado ao RN (Néné et al., 2016).

Quanto ao tempo de internamento, salvo exceções em que mãe ou bebé necessitam de prolongar o internamento, a duração é de 48 horas para partos vaginais (eutócicos, ventosas ou fórceps) e 72 horas para cesarianas. Tendo em conta o tempo reduzido de internamento, compreende-se que não é possível transmitir toda a informação necessária e, neste sentido, tem especial importância a qualidade da informação que é transmitida e a sua uniformidade, tal como na prestação de cuidados, entre os diferentes profissionais (Néné et al., 2016).

Nos casos de internamentos de 72 horas ou mais, é possível realizar o teste do pezinho no serviço. O Programa Nacional de Diagnóstico Precoce (PNDP), habitualmente chamado teste do pezinho, permite rastrear um conjunto de doenças graves e, sendo o resultado positivo, tratá-las desde as primeiras semanas de vida. O teste deve ser feito entre o terceiro e sexto dia de vida do bebé, através de uma picada no calcanhar que permita uma gota de sangue que cubra o papel de filtro da ficha de colheita. Depois de seco, é enviado para a Unidade de Rastreio Neonatal, do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Os pais podem aceder ao resultado através da página de internet do PNDP (SNS, 2015). Não sendo um rastreio obrigatório, revelou-se fundamental explicar aos pais a sua importância e, aquando da sua realização, manter a mãe junto ao bebé, optando, sempre que possível, por momentos que coincidissem com a amamentação.

Nos primeiros dias após o nascimento, os RN's são submetidos a uma série de procedimentos invasivos e dolorosos que alteram a sua frequência cardíaca e saturação de oxigénio, tal como o teste do pezinho. Para reduzir estes efeitos, concluiu-se que o AM é o melhor método para estabilizar estes parâmetros. O método canguru, a sacarose e a sucção não nutritivas são também métodos eficazes durante a realização desses procedimentos (García-Valdivieso et al., 2023).

O serviço conta com uma sala de recobro, utilizada para manter utentes em vigilância, quando necessário, ou para observação. Nesta sala podemos encontrar uma marquesa para observação e

algun material necessário para a prestação de cuidados e observação médica, como os monitores de sinais vitais e bombas infusoras.

A sala destinada aos cuidados ao RN encontra-se ao lado da sala de enfermagem, dispondo de vidros e porta de acesso para a mesma, o que é uma mais-valia quando os cuidados estão a ser prestados pelos pais de forma independente, pois facilmente a equipa de enfermagem consegue manter vigilância e responder com prontidão, em caso de necessidade. Esta sala é composta por duas banheiras, uma balança, oxímetros e outro material necessário para a prestação de cuidados ao RN. Conta ainda com um espaço reservado à estimulação/extração de leite materno. Para este fim, o serviço dispõe de uma bomba fixa para a extração do leite materno e de duas bombas portáteis para utentes com limitação na deambulação ou quando o RN se encontra a realizar fototerapia.

Está disponível no serviço, o Cantinho de Amamentação, a funcionar das 9:00 horas às 17:00 horas de segunda-feira a sábado, onde são realizados ensinamentos para a alta segura e consultas de enfermagem a puérperas e RN's com necessidade de apoio no processo de amamentação ou monitorização do peso do RN. De acordo com as recomendações da OMS, todos os bebés devem ser amamentados, de forma exclusiva, até aos seis meses, preconizando a necessidade de aconselhamento e apoio às mães (WHO, 2022b) O Cantinho da Amamentação é um espaço que permite acompanhamento e suporte ao AM após a alta, contando com enfermeiras conselheiras em AM para esse propósito. Por norma, as puérperas que estiveram internadas no serviço, são contactadas telefonicamente cerca de dois a três dias após a alta, para acompanhamento, aconselhamento e marcação de visita ao cantinho, caso seja necessário apoio presencial.

Os benefícios do AM para a saúde materno-infantil estão amplamente comprovados e a eles junta-se a sua contribuição para os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) (Souza et al., 2021). O AM contribui para vários ODS, considerando pertinente destacar a sua contribuição para a erradicação da pobreza e da fome, para a saúde de qualidade e educação de qualidade e para a igualdade de género, ao promover empoderamento e satisfação na mulher (WABA, 2016).

No momento da alta, procede-se ao preenchimento do formulário de Notícia de Nascimento, através do sistema informático *SClinico*, permitindo a articulação com os CSP, que tomam conhecimento do nascimento, permitindo o planeamento de intervenções, cumprindo-se a Norma da DGS nº 013/2015 de 01/07/2015.

O serviço conta ainda com uma sala de trabalho de enfermagem, uma sala de preparação de medicação, uma sala de trabalho para os médicos, uma casa de banho para os profissionais, o gabinete da Enfermeira Gestora, um armazém clínico, uma rouparia, um balcão administrativo e ainda um gabinete destinado ao registo dos RN's, denominado Balcão Nascer Cidadão, a funcionar às segundas-feiras, quartas-feiras e sextas-feiras das 14:00 horas às 17:00 horas.

A equipa de enfermagem é composta por 21 enfermeiros de cuidados gerais, dois Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e um EEESMO, para além da Enfermeira Gestora, também especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. No turno da manhã (08:00 horas - 16:00 horas) ficam escalados quatro enfermeiros, já no turno da tarde (15:30 horas - 00:00 horas) e no turno da noite (23:30 horas - 08:30 horas) são três os enfermeiros escalados. A distribuição dos utentes, puérperas e RN's, por enfermeiro, é realizada de acordo com o Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem da Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], sistema informático que permite selecionar as necessidades dos utentes e traduzi-las em horas de cuidados e, assim, determinar o número de enfermeiros necessários para manter dotações seguras (OE, 2019c).

De acordo com a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, o rácio de assistência no Internamento de puérperas deverá ser 1:3 se puerpério patológico e 1:6 se puerpério normal (OE, 2019c). Assim, apesar dos cuidados de qualidade prestados, verifica-se que não são cumpridos os mínimos de dotação segura propostos pela OE.

1.2.3. Unidade de cuidados intensivos neonatais

O estágio em UCIN decorreu durante três dias, em contexto de estágio de observação. Este serviço integra também o Serviço de Medicina Intensiva Pediátrica e tem capacidade para 12 incubadoras, mais concretamente cinco para cuidados intensivos e sete para cuidados intermédios. O berçário tem capacidade para seis berços.

Atualmente, sabe-se que a experiência de dor se desenvolve antes das 24 semanas de gestação, contrariamente aos mecanismos inibitórios para redução da dor, que se desenvolvem ao longo de vários meses. Se os RN's de termo são submetidos a uma série de procedimentos dolorosos após o nascimento, os prematuros internados em UCIN, experienciam uma média de 10 a 15 procedimentos dolorosos por dia. Estudos comprovam que a dor aguda não aliviada em RN's pode afetar o neurodesenvolvimento. Desta forma, a prática atual prima pela atenuação de estímulos e

pela garantia do conforto. Assim, surge o programa “Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program” [NIDCAP] (García-Valdivieso et al., 2023).

O programa NIDCAP é o norteador dos cuidados prestados nesta UCIN, dotando-se de uma série de estratégias que reduzem o stress neonatal e, por sua vez, a dor (García-Valdivieso et al., 2023), tendo como princípio centrar os cuidados no neurodesenvolvimento do RN prematuro. No âmbito deste programa, os cuidados prestados são inclusivos da família, permitindo o seu envolvimento como principais cuidadores (NIDCAP, 2022). O NIDCAP é um programa de intervenção complexa que requer mudanças comportamentais em toda a equipa de saúde, pelo que exige formação contínua. Vários estudos mostraram melhorias no controlo da dor infantil e efeitos positivos no neurodesenvolvimento de bebés prematuros, perante este programa (García-Valdivieso et al., 2023).

1.3. METODOLOGIA DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

A metodologia inclui o conjunto de técnicas que permitem chegar ao conhecimento, através de uma série de procedimentos claros, coerentes e definidos, capazes de transpor a teoria para a prática (Minayo, 2001). Assim, entende-se por metodologia “o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade” (Minayo, 2001, p. 16).

A metodologia do ENPRF engloba o processo de aprendizagem nos diferentes contextos clínicos, permitindo a aquisição de conhecimentos, através da supervisão clínica e da orientação pedagógica.

1.3.1. Objetivos

Dando resposta ao preconizado pela Diretiva Europeia, transposta para a Lei Portuguesa, através da Lei n.º 9/2009 de 4 de março, com variadas alterações, foram traçados objetivos de acordo com o que era esperado da estudante na UC ENPRF do Curso de MESMO da Universidade de Évora, com base no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (Regulamento n.º 391/2019, de 3 de Maio de 2019), da Ordem dos Enfermeiros e nas e competências comuns aos enfermeiros especialistas (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de Fevereiro de 2019).

Os objetivos gerais do ENPRF encontram-se descritos na planificação da UC, passando a citar:

- Cuidar da mulher/companheiro inseridos na família e comunidade;

- Demonstrar uma aquisição de conhecimentos conducente a uma proposta de projeto, considerando as vertentes teórico-práticas e a Prática Baseada na Evidência;
- Defender através de um Relatório apresentado em provas públicas, a sua atuação no Estágio de Natureza Profissional.

Quanto aos objetivos específicos, foram definidos de acordo com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica:

- Desenvolver, adquirir e consolidar competências na prestação de cuidados à mulher inserida na família e comunidade direcionados para o planeamento familiar e período preconcecional;
- Desenvolver, adquirir e consolidar competências na prestação de cuidados à mulher inserida na família e comunidade direcionados para o período pré-natal;
- Desenvolver, adquirir e consolidar competências na prestação de cuidados à mulher inserida na família e comunidade durante o TP, otimizando a saúde da parturiente e do RN;
- Desenvolver, adquirir e consolidar competências na prestação de cuidados à mulher inserida na família e comunidade direcionados para o período pós-natal e nos cuidados ao RN;
- Desenvolver, adquirir e consolidar competências na prestação de cuidados à mulher inserida na família e comunidade direcionados para o período do climatério e a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica;
- Desenvolver uma prática profissional em saúde materna e obstétrica, de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional;
- Compreender a influência da obesidade na evolução da gravidez e do TP, assim como as intervenções do EEESMO para minimizar as complicações associadas.

1.3.2. População alvo

A população-alvo do contexto clínico englobou mulheres em idade fértil, grávidas, parturientes, puérperas, mulheres com afeções ginecológicas, mulheres em fase do climatério e RN's saudáveis e de risco, com quem se contactou ao longo do estágio. Seguindo os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, a mulher,

cliente dos cuidados, é considerada no seu todo, englobando os seus valores, crenças, desejos e a interação com a família e comunidade (OE, 2021b), tendo tal sido considerado nas diferentes abordagens e tendo em conta a multiculturalidade existente.

1.3.3. Método de aprendizagem

A aprendizagem através do contexto clínico pretende que o estudante mobilize conhecimentos teóricos para a prática, desenvolva e contextualize os diferentes saberes, capacidades, atitudes e competências (Alarcão & Rua, 2005). Neste processo, foi seguido um método de aprendizagem que tem por base a supervisão clínica e a orientação pedagógica. A supervisão clínica consiste numa forma de aprendizagem que permite ao estudante desenvolver conhecimentos e competências, enquanto assume responsabilidade pela própria prática, primando pela melhoria da qualidade dos cuidados prestados em situações clínicas complexas, ao mesmo tempo que é encorajado pelo supervisor clínico à autoavaliação e à reflexão (Alarcão & Rua, 2005).

As reuniões formativas e de avaliação final realizadas em cada contexto clínico e com a presença da supervisora clínica e da orientadora pedagógica incentivaram à reflexão crítica, motivada pela discussão dos pontos fortes e dos pontos a serem melhorados, permitindo, paralelamente, orientar a aprendizagem. A reflexão crítica requer avaliação da prática e permite a identificação de possíveis lacunas que precisem de desenvolvimento, com o objetivo de melhorar a prática em enfermagem (Timmins, 2006).

A pesquisa bibliográfica e a consulta de normas e de protocolos vigentes nos locais de estágio estiveram presentes em todos os contextos clínicos, permitindo a prática baseada na evidência científica e a realização de trabalhos que contribuíram para a aprendizagem, nomeadamente um relato de caso.

Como ponto de partida para a temática desenvolvida, foi realizada uma revisão integrativa da literatura, sobre o tema obesidade na gravidez e TP. A revisão integrativa procura o conhecimento atualizado sobre determinado tema, através da procura e análise, rigorosa e detalhada, de evidência científica (Souza et al., 2010). O objetivo da revisão foi identificar na literatura as intervenções das enfermeiras obstétricas para minimizar as complicações na gravidez e TP, em grávidas com obesidade. A partir desta revisão, foram colhidos dados durante os estágios em BP, permitindo compreender as consequências da obesidade na gravidez e TP e concluir acerca das intervenções do EEESMO nesta população.

O conhecimento teórico é a base da prática de enfermagem e através das teorias é possível colher, organizar e analisar os dados do utente, definir as intervenções a realizar, planear o tratamento e avaliar os resultados. As teorias de enfermagem representam diferentes formas de implementar os cuidados, dando indicações claras para a prática (Tomey & Alligood, 2004).

Assim, os cuidados prestados durante o estágio foram fundamentados e norteados pelo Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, desenvolvido na década de 80. Este modelo destaca fatores influenciadores de comportamentos e, numa perspetiva biopsicossocial, explora três componentes, divididos em variáveis, que motivam para comportamentos promotores de saúde (Victor et al., 2005).

Referenciado por Victor et al. (2005), a primeira componente, “características e experiências individuais” (p.238), compreende duas variáveis: o “comportamento anterior” (p.238), referindo-se àquele que deve sofrer mudança e os “fatores pessoais” (p.238), que podem ser biológicos, como a idade e o IMC, psicológicos, como a motivação e a autoestima e socioculturais, como o nível educacional. A segunda componente, “sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento” (p.238), compreende as variáveis: “percebe benefícios para ação” (p.238), sendo influenciada pela perceção do indivíduo sobre os benefícios da ação; “percebe barreiras para ação” (p.238), em que as barreiras são encaradas como dificuldades; “percebe autoeficácia” (p.238), que permite avaliar a capacidade pessoal para a ação; “sentimentos em relação ao comportamento” (p.238), que reflete a resposta ou reação ao pensamento, seja ele positivo ou negativo; “influências interpessoais” (p.238), onde se inclui a família e “influências situacionais” (p.238), onde se inclui o ambiente que pode ser facilitador ou dificultador do processo. A última componente, “resultado do comportamento” (p.238) inclui o “compromisso com o plano de ação” (p.238), através de ações de enfermagem que possibilitem orientar para comportamentos promotores de saúde, “exigências imediatas e preferências” (p.238), sendo que existe um menor controlo nos comportamentos que exigem mudança imediata, comparativamente a ações influenciadas pelas preferências pessoais e “comportamento de promoção da saúde” (p.238), que se resume à implementação do próprio modelo.

O Modelo de Promoção da saúde de Nola Pender apresenta-se como um aliado para a implementação de intervenções que ofereçam oportunidades de mudanças de comportamento, com o objetivo de priorizar a saúde.

2. CONTRIBUTOS PARA A MELHORIA DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

A prestação de cuidados pelo EEESMO deve seguir a premissa da prática baseada na evidência e um modelo de cuidados que trabalhe em parceria com a mulher, adequando-os às suas necessidades individuais e dando lugar a escolhas informadas, tornando-as fundamentais no planeamento dos cuidados durante a gravidez, parto e pós-parto (OE, 2015a). A prática baseada na evidência abrange a pesquisa da mais recente e fidedigna literatura, observação, experiência e juízo clínico, possibilitando a mudança de prática, assim como a seleção da melhor opção a tomar perante os desafios, sem descuidar as necessidades e preferências da utente (OE, 2012).

A obesidade é uma doença caracterizada pelo excesso de adiposidade e, nos últimos anos, tem vindo a aumentar a sua prevalência em toda a Europa, levando a OMS a considerar que foram atingidas proporções epidémicas (WHO, 2022a). A ACOG salienta que a obesidade é um problema médico e que defini-la como tal, ajuda a que os médicos e doentes foquem a sua atenção perante a doença e nas formas de lidar e de minimizar sequelas (ACOG, 2019).

Motivada pela importância do EEESMO se manter alerta e informado sobre as tendências atuais e influenciadoras dos resultados obstétricos e neonatais, utilizou-se a revisão integrativa da literatura para aprofundar conhecimentos técnicos, científicos e humanos que permitam melhorar a qualidade dos cuidados prestados em grávidas com obesidade.

2.1. CONCETUALIZAÇÃO

O excesso de peso e a obesidade são caracterizados pelo excesso de gordura acumulada no organismo, tornando-se um importante fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, diabetes, distúrbios musculoesqueléticos e alguns tipos de cancro. Sendo um problema de saúde mundial, a sua prevalência quase triplicou entre 1975 e 2016 (WHO, 2021).

Segundo dados da OCDE, verificou-se um aumento da obesidade associado à pandemia de COVID-19 e às restrições advindas, como a redução da mobilidade, comportamentos alimentares desfavoráveis e diminuição dos padrões de atividade física (OECD, 2022).

As consequências do excesso de peso e obesidade na gravidez são amplamente conhecidas e associam-se, nomeadamente, a doenças hipertensivas da gravidez e diabetes gestacional (DG).

Alguns estudos relacionam ainda esta variável com maior probabilidade de depressão e obesidade materna até 15 anos depois do parto (Raju et al., 2023).

Os desfechos obstétricos também são negativamente afetados, apresentando maior taxa de cesariana, falha de indução do TP, TP prolongado, risco aumentado de hemorragia pós-parto, de eventos tromboembólicos e infeções (Ballesta-Castillejos et al., 2020).

Relativamente ao feto, a obesidade materna, aumenta a probabilidade de fetos grandes para a idade gestacional, macrosomia fetal e morte intrauterina, com risco de obesidade no futuro (Costa et al., 2022). Aumenta, ainda, o risco de defeitos congénitos no coração fetal e do tubo neural, pelo que a enfermeira obstetra deve estar atenta à necessidade e início da suplementação com ácido fólico nos três meses anteriores à conceção (Maxwell et al., 2023).

Com o objetivo de melhorar os desfechos obstétricos, relativamente ao controlo de peso durante a gravidez, a DGS emitiu recomendações específicas tendo em conta o IMC no início da gravidez (Tabela 3), com o intuito de registar e avaliar a evolução ponderal da grávida ao longo da gravidez e transmitir o aconselhamento adequado (DGS, 2015b).

Tabela 3. Tabela de progressão ponderal

Classificação do IMC	Ganho de peso total	Ganho de peso médio por semana para o 2º e 3º trimestres
Baixo peso IMC <18,5	12,5 kg - 18 kg	Cerca de 0,5 kg por semana
Peso normal 18,5 ≤ IMC < 24,9	11,5 kg - 16 kg	Cerca de 0,4 kg por semana
Excesso de peso IMC entre 25 e 29,9	7 kg - 11,5 kg	Cerca de 0,3 kg por semana
Obesidade Grau I IMC entre 30,0-34,9	5 kg - 9 kg	Cerca de 0,2 kg por semana
Obesidade Grau II IMC entre 35,0-39,9		
Obesidade Grau III IMC ≥ 40,0		

Fonte: DGS (2015)

O National Institute for Health and Care Excellence [NICE] inclui na definição de controlo de peso: avaliar e monitorizar o peso corporal, evitar que alguém se torne obeso ou com excesso de peso e ajudar alguém a manter um peso saudável antes e depois da gravidez, com recurso à alimentação, atividade física e perda de peso gradual após a gravidez (NICE, 2010).

Metodologia da Revisão Integrativa da Literatura

O presente subcapítulo foi desenvolvido através da elaboração de uma revisão integrativa da literatura intitulada “Obesidade na Gravidez e TP: Intervenção das Enfermeiras Obstétricas”, com o objetivo de “identificar na literatura as intervenções das enfermeiras obstétricas para minimizar as complicações na gravidez e TP, em grávidas com excesso de peso e obesidade”, tendo-se recorrido à estratégia PICO para a elaboração da questão de investigação: “Quais as intervenções das enfermeiras obstétricas para minimizar as complicações (I) na gravidez e TP (Co), em grávidas com excesso de peso e obesidade (P)?”. Foi realizada pesquisa nas bases de dados *BVS*, *PubMed* e na *Web of science*, selecionando-se oito artigos para análise. Nesta revisão da literatura utilizou-se o termo “Enfermeiras Obstétricas” em vez de EEESMO, por este ser um descritor em ciências da saúde, tendo sido um termo utilizado na pesquisa bibliográfica. O software utilizado para a gestão das referências bibliográficas foi o EndNote. Este artigo aguarda publicação em revista, pelo que consta em apêndice o resumo do mesmo (Apêndice B).

Descrição dos resultados da revisão da literatura

De acordo com alguns estudos, sabe-se que a obesidade na gravidez está associada a resultados obstétricos e neonatais adversos, potenciando o risco de hipertensão gestacional, DG, pré-eclâmpsia, indução do TP, cesariana e macrosomia (Adwani et al., 2021; Cynthia Maxwell, Laura Gaudet, Gabrielle Cassir, N.Lynne McLeod, et al., 2019; Raju et al., 2023).

Para além disso, a gravidez acarreta uma série de mudanças fisiológicas significativas que podem conduzir a resultados negativos na saúde da mulher (Maxwell et al., 2023). É, assim, importante que as enfermeiras obstetras e outros profissionais de saúde aproveitem todas as oportunidades para intervir em mulheres com IMC superior a 30, no sentido da perda de peso antes de engravidar (NICE, 2010).

A abordagem a este tema deve ser feita de forma gradual, garantindo o reconhecimento do problema por parte da utente, a avaliação do seu estado físico, a exploração de possíveis causas do problema, a discussão sobre as opções de tratamento e o acompanhamento adequado (Maxwell et al., 2023). Para se atingirem resultados ideais de IMC materno antes da gravidez é importante que as enfermeiras obstetras envolvam as mulheres no controlo de peso, empoderando-as nesse sentido (Angeliki et al., 2020). Para tal, as consultas pré-concepcionais são fundamentais, pelo que a

implementação de programas de incentivo ao acesso às mesmas seria uma mais valia (Ballesta-Castillejos et al., 2020).

O aconselhamento deve ser feito com linguagem apropriada, tendo em conta a cultura, as crenças e os traumas individuais que por vezes a obesidade acarreta (Maxwell et al., 2023). A relação utente-profissional pode ser facilitada através do uso de estratégias comunicacionais, visto que os próprios profissionais podem apresentar ideias pessoais que interfiram no cuidado à mulher obesa (ACOG, 2019). Nas intervenções dos profissionais, a mulher deve ser informada sobre os riscos da obesidade para si e para o bebé e deve ser oferecido um programa de apoio à perda de peso que inclua dieta e atividade física (C. Maxwell et al., 2019; Cynthia Maxwell, Laura Gaudet, Gabrielle Cassir, N.Lynne McLeod, et al., 2019; NICE, 2010). Deve ainda ser feito controlo do peso regular e incentivo a um padrão de sono adequado (C. Maxwell et al., 2019). Assim, havendo orientações claras sobre os assuntos a trabalhar, a sua abordagem será feita de forma mais natural e rotineira, evitando que a utente se sinta estigmatizada e promovendo maior à vontade ao profissional (ACOG, 2019).

De acordo com as recomendações do NICE, a enfermeira obstetra deve apoiar na mudança de comportamentos antes da gravidez e, para isso, deve ter em conta os contextos sociais e as relações pessoais da mulher para, desta forma, ajudar a planear as mudanças de forma simples e ao longo do tempo, identificando situações que possam interferir nas mesmas. O profissional deve ainda ajudar as mulheres a compreender os benefícios de um estilo de vida saudável, contribuindo para que se sintam positivas com a mudança de comportamentos nefastos (NICE, 2010).

A consulta pré-natal visa melhorar os resultados obstétricos e neonatais, constatando-se que grávidas com baixo nível de educação pré-natal apresentam maior risco de ganho de peso excessivo e inadequado. O período gravídico é, por norma, um momento de receptividade para alteração de comportamentos de risco, por isso, o acesso à informação e educação a partir de um programa multidisciplinar capacitará as mulheres a assumir a liderança na sua saúde e em direção a uma gravidez saudável (Khair et al., 2023). A recomendação dois do NICE foi atualizada em 2017, de acordo com os novos estudos que sugerem que não existem riscos associados à perda de peso controlada durante a gravidez. Assim, os profissionais devem aconselhar a grávida sobre dieta saudável, reforçando que as necessidades energéticas não mudam nos primeiros seis meses e aumentam apenas ligeiramente nos últimos três meses de gravidez (NICE, 2017).

No primeiro contacto com a grávida deve ser avaliado o peso, a altura e o IMC, nas consultas seguintes e até ao fim da gravidez deve ser avaliada a progressão ponderal, enquanto é transmitido aconselhamento sobre o ganho de peso adequado que, no caso de grávidas obesas, deve ser entre 5 e 9kg (DGS, 2015b). Se na primeira consulta a grávida tiver IMC superior ou igual a 30, deve ser feito um encaminhamento para o nutricionista (NICE, 2010). Para além disso, as mulheres obesas sentem-se muitas vezes vulneráveis por experiências negativas vivenciadas anteriormente, pelo que não deve ser descurada a necessidade de falar sobre saúde mental ao longo das consultas (Bjørsmo et al., 2022).

Pela dificuldade na realização de ecografias em grávidas obesas, recomenda-se que a ecografia morfológica seja feita logo às 20 semanas (Cynthia Maxwell, Laura Gaudet, Gabrielle Cassir, Christina Nowik, et al., 2019). Este exame está comprometido pelo excesso de adiposidade abdominal, pelo que é fundamental informar estas mulheres sobre o risco aumentado de falha na deteção de malformações fetais (Hoover & Louis, 2019).

A monitorização intraparto refere-se à avaliação das contrações uterinas através de um sensor tocógrafo e à FCF, através de um Doppler ultrassom (Frolova, Stout, et al., 2021). Atualmente, o CTG é o método mais prevalente por ser não invasivo e permitir a avaliação concomitante da FCF e das contrações uterinas (Jaros et al., 2023). No entanto, a qualidade do sinal pode ficar comprometida pela posição fetal, posicionamento materno e IMC materno elevado (Monson et al., 2020). A avaliação do bem-estar fetal fica, assim, comprometida pela quantidade de tecido adiposo abdominal e, neste caso, as dificuldades associadas à realização de CTG devem ser transmitidas à grávida (Tobolska et al., 2022).

A monitorização interna surge como alternativa, utilizando um eléctrodo descartável colocado no couro cabeludo ou nádega do bebé, permitindo visualizar o traçado cardíaco fetal. A monitorização interna, apesar de proporcionar uma avaliação precisa da FCF, só pode ser aplicado após identificação clara das estruturas fetais, após rotura das membranas e na ausência de infeções virais, como a hepatite B, C, D, E ou o Vírus da Imunodeficiência Humana, para além de não ser totalmente inócuo, potenciando o risco de infeção (Ayres de Campos et al., 2015).

Como alternativa, pode ser realizada a eletrocardiografia fetal (ECG fetal), permitindo avaliar a FCF e a eletromiografia (EMG), que permite avaliar a atividade uterina materna, através de eléctrodos colocados no abdómen materno (Jaros et al., 2023; Monson et al., 2020). O ECG fetal não invasivo capta, simultaneamente, ondas fetais e maternas, minimizando a confusão entre as

duas, para além de não ser prejudicado pelo IMC materno elevado nem pelos movimentos fetais. Porém, apresenta desvantagens, uma vez que o ruído elétrico e o mau contacto dos elétrodos podem prejudicar o sinal e, para além disso, o vérnix pode atuar como isolante da condução elétrica, interferindo nos resultados (Liu et al., 2023). Perante inexistência de outros meios de avaliação, quando existe dificuldade na monitorização da FCF através do CTG, podendo confundir-se com a frequência cardíaca materna, é recomendado avaliar simultaneamente o batimento cardíaco materno (Ayres de Campos et al., 2015).

Importa compreender que mulheres obesas apresentam disfunção miometrial que influencia e pode diminuir a resposta uterina, para além de terem alterações endócrinas e inflamatórias que contribuem para um TP mais lento e, por conseguinte, mais duradouro (Ellis et al., 2019; Frolova, Raghuraman, et al., 2021). Este facto evidencia a necessidade de maiores doses de ocitocina para mulheres obesas, o que sugere a necessidade de protocolos que se possam adaptar ao IMC materno (Frolova, Raghuraman, et al., 2021; Khalifa et al., 2021).

Constata-se uma grande incidência de cesarianas em mulheres obesas, que pode ser o reflexo da dificuldade em monitorizar a FCF, levando à suspeição de sofrimento fetal, assim como também se pode associar a intervenções precoces por parte dos profissionais no sentido de evitar cesarianas de emergência (Frolova, Raghuraman, et al., 2021).

Os exames vaginais, ou cervicometria, em grávidas com $IMC > 35\text{kg/m}^2$ também representam um desafio para os médicos e EEESMO, pelo que para a sua otimização, a utente deve ser colocada em posição de litotomia e deve ser limitado o número de profissionais a realizar a técnica (Cynthia Maxwell, Laura Gaudet, Gabrielle Cassir, Christina Nowik, et al., 2019).

A analgesia epidural é a técnica mais utilizada para controlo da dor no TP, no entanto, IMC elevado está associado a mais complicações durante a técnica, como um maior número de tentativas de punção, mais tempo necessário para identificação do espaço epidural, maior incidência de insucesso da analgesia e mais tempo necessário para identificar possível falha técnica. Apesar das dificuldades sentidas, esta é sempre a primeira opção, de forma a evitar a anestesia geral em caso de cesariana, visto ser uma técnica complicada por via aérea difícil para entubação endotraqueal, em grávidas obesas (González et al., 2021). A colocação de cateter epidural pode ser complicado neste grupo devido à postura adotada e dificuldade na localização da linha média por perda das referências anatómicas (Rodrigues & Brandão, 2011). Assim, o enfermeiro que apoia o anestesiológista deve orientar a mulher e garantir a postura correta durante a técnica. Para além

disso, deve ser assegurado o material adequado, nomeadamente agulhas epidural mais longas (Cynthia Maxwell, Laura Gaudet, Gabrielle Cassir, Christina Nowik, et al., 2019).

A posição mais segura a adotar durante o TP é a posição lateral, pelo que se a parturiente não tiver mobilidade suficiente para alternar decúbitos é recomendada adotar essa posição, especialmente no segundo estágio do TP, uma vez que reduz o risco de complicações (NICE, 2019).

Importa ainda, enquanto EEESMO, estar alerta para os desafios que as mulheres obesas enfrentam no período perinatal, incluindo estigma, estereótipo e equipamentos inadequados, como cadeiras e camas pequenas, aumentando o desconforto e constrangimento (H. Smith et al., 2022). Assim, segundo recomendações do NICE (2019), as mulheres obesas têm direito a equipamento especializado para um parto seguro, sendo que quando a unidade hospitalar não garantir essas necessidades, a mulher deve ser encaminhada para outra unidade que as garanta.

Durante toda a gravidez e até sete dias após o parto, deve ser dada atenção ao risco de tromboembolismo provocado pela obesidade, pelo que deve ser feita profilaxia com heparina e avaliada necessidade de uso de meias de compressão, após avaliação individual (Tobolska et al., 2022).

Importa ainda destacar que no período do pós-parto, as puérperas obesas têm maior risco de infeção, independentemente do tipo de parto e da administração de antibioterapia profilática. As infeções mais comuns são as vaginais, endometrite e na ferida cirúrgica ou perineorrafia, pelo que deve ser mantida vigilância dos sinais de infeção. Para além disso, a amamentação deve ser incentivada na primeira hora de vida e reforçados os benefícios da mesma relativamente à proteção contra a obesidade infantil e recuperação do peso materno no pós-parto (Cynthia Maxwell, Laura Gaudet, Gabrielle Cassir, Christina Nowik, et al., 2019).

Relativamente às competências profissionais, o NICE recomenda que os EEESMO tenham os conhecimentos e competências necessários para aconselhar sobre os riscos na gravidez associados à obesidade. O EEESMO deve ter técnicas de comunicação e sensibilidade para abordar o tema, devendo ser capaz de adaptar os planos de atuação de forma individual, dando conselhos práticos sobre como melhorar a alimentação e como se manter fisicamente ativo, encaminhando para cuidados especializados sempre que necessário (NICE, 2010). A abordagem ao tema pode ser facilitado através da aquisição de Habilidades de Conversação Saudável, uma técnica que permite explorar o problema com recurso a perguntas de resposta aberta, levando à definição de metas claras em conjunto com a utente (Sunder et al., 2022).

Desta forma, os EEESMOS e outros profissionais responsáveis pelos cuidados a estas mulheres devem dispor de formação contínua, garantindo que adquiram os conhecimentos, habilidades e competências necessários para responder às necessidades das utentes (NICE, 2010).

2.2. RESULTADOS OBTIDOS NA PRÁTICA CLÍNICA

Após revisão da literatura, verifica-se a importância de mobilizar para a prática uma série de conhecimentos e formas de atuação perante grávidas com obesidade. Assim, de acordo com os resultados da pesquisa, foi pertinente investigar os efeitos da obesidade na evolução da gravidez e do TP. Acredita-se que estes resultados sustentem a importância dos cuidados prestados pelo EEESMO e clarifiquem intervenções efetivas a desenvolver com o intuito de minimizar o risco de complicações.

A recolha de dados incidiu sobre parturientes com obesidade a quem foram prestados cuidados durante o estágio, tendo as informações sido recolhidas através do instrumento Partograma e do BSG. A população-alvo é constituída por parturientes em sala de partos, com os critérios de inclusão: parturientes cujo parto tenha ocorrido no CHU e com IMC superior ou igual a 30. Foram definidos como critérios de exclusão: parturientes com gravidez gemelar e com feto em apresentação pélvica.

Todos os dados recolhidos seguiram os princípios da proteção de dados pessoais, respeitando a identidade e confidencialidade das utentes, seguindo o recomendado pelo Código Deontológico.

Os dados obtidos foram analisados com recurso ao sistema operativo Microsoft Excel.

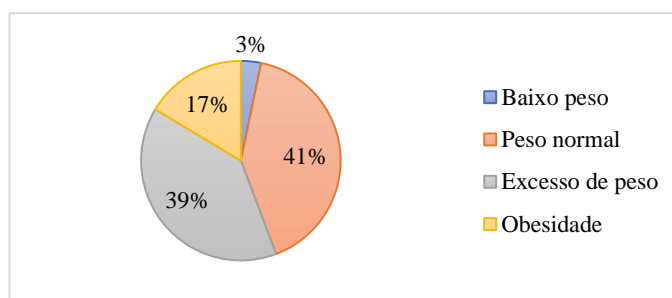
Caracterização sociodemográfica da População-alvo

Ao longo do estágio, foram realizados 62 partos eutócicos, sendo, inicialmente, recolhidos dados dessas 62 parturientes e agrupados tendo em conta o IMC registado no BSG, referente ao início da gravidez (Figura 3). Assim, constatou-se que das 62 parturientes, duas tinham peso reduzido, 25 tinham peso normal, 24 apresentavam excesso de peso e 10 sofriam de obesidade.

Na figura 3, pode verificar-se que a maioria das parturientes (56%) apresentou IMC acima do recomendado, 17% obesidade e 39% excesso de peso. Estes resultados demonstram uma prevalência elevada de mulheres que apresentam IMC superior ao desejável quando engravidam, acentuando a necessidade de investimento na prevenção da obesidade no período pré-natal. Após o parto, a mulher deve ser devidamente acompanhada por profissionais que tracem um plano de

recuperação e tratamento da obesidade, de forma a promover diminuição do peso e prevenir a mesma complicação numa gravidez futura (Pacheco-Romero, 2017).

Figura 3. IMC das parturientes



Fonte: Elaboração própria

Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionadas 10 parturientes a quem foi realizado o parto e 24 parturientes a quem foram prestados cuidados durante o TP, o que perfaz uma população-alvo de 34 parturientes que cumprem os critérios para integrar esta análise.

As idades das parturientes estiveram compreendidas entre 16-46 anos, com média de idade de 30,91 anos (Tabela 4).

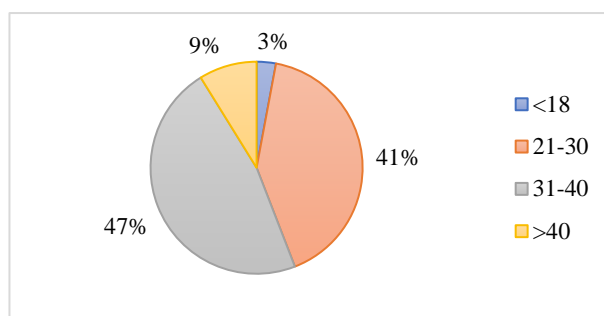
Tabela 4. Idade das parturientes

N	34
Média	30,91
Mínimo	16
Máximo	46

Fonte: Elaboração própria

Organizaram-se as parturientes por grupos etários e verificou-se que nos extremos das idades temos 3% da população-alvo, com idade superior a 40 encontram-se 9% da população-alvo. Entre os 21- 30 anos encontram-se 41% da população-alvo e entre 31- 40 anos, 47% da população-alvo (Figura 4).

Figura 4. Grupos etários das parturientes



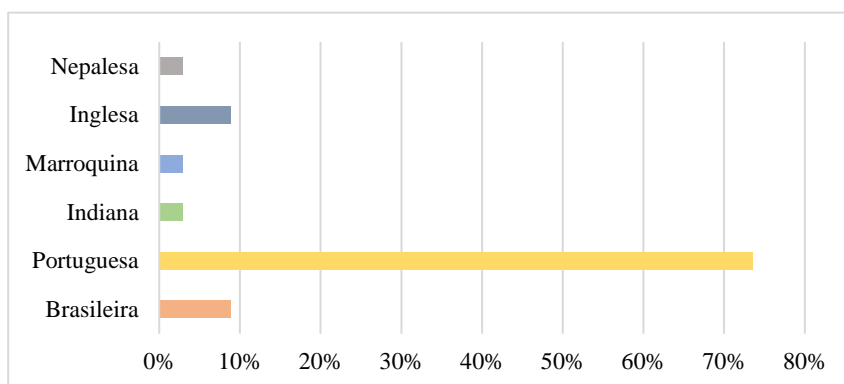
Fonte: Elaboração própria

Em Portugal, no ano 2022, a idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho foi 30,8 anos, verificando-se um aumento da idade quando comparado ao ano 1960, cuja idade média era 25,0 anos e ao ano 2000, com idade média de 26,5 anos (PORDATA, 2023).

O termo “idade materna avançada” define mulheres grávidas com idade igual ou superior a 35 anos e é um fator de risco para a gravidez ser classificada de alto risco (Barboza et al., 2019). Na última década, o número de nados-vivos de mulheres com mais de 40 anos tem vindo a subir, possivelmente por causas laborais, familiares, políticas e económicas, associando-se a uma série de riscos e complicações que podem ocorrer durante a gravidez ou parto e ainda ao aumento de complicações fetais (Ratiu et al., 2023). Para além disso, a evidência científica tem associado a obesidade com o aumento da idade materna (Akgol et al., 2020).

Relativamente à nacionalidade (Figura 5), 74% corresponde a parturientes com nacionalidade portuguesa, sendo as restantes de nacionalidades estrangeiras. Tal como referido no subcapítulo 2.2, em Portugal tem-se verificado um aumento da população estrangeira e, consequentemente, no CHU também, o que culmina numa grande diversidade cultural. Os enfermeiros deverão estar cada vez mais despertos para as diferentes normas, valores e práticas que determinam a forma como a pessoa percebe a sua saúde. O desenvolvimento de competências culturais é fundamental para abordar as diferenças e adotar as melhores práticas nos cuidados, para além de ser determinante na comunicação enfermeiro-utente (Červený et al., 2022).

Figura 5. Nacionalidades das parturientes



Fonte: Elaboração própria

Caracterização obstétrica da População-alvo

Quanto aos dados obstétricos, verificou-se que 59% eram mulheres múltiparas e 41% primíparas (Tabela 5). Mulheres que ganham peso excessivo na gravidez e que mantêm esse peso no pós-parto têm maior probabilidade de vivenciar a gravidez seguinte com obesidade ou excesso de peso (Walker et al., 2020). Este facto pode ser justificado por alterações na alimentação e atividade física, após entrada na parentalidade, tornando mais difícil o controlo de peso (Darling et al., 2023).

Tabela 5: Paridade das parturientes

Paridade	N	Percentagem
Primípara	14	41%
Múltipara	20	59%

Fonte: Elaboração própria

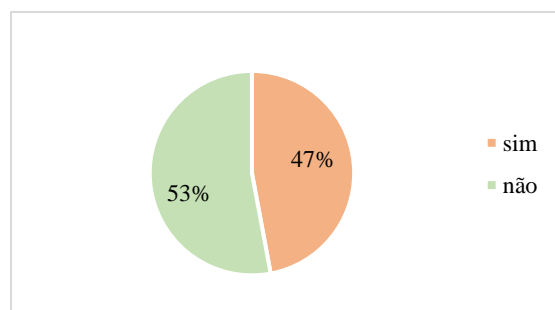
Assim, é importante que perante grávidas e puérperas obesas, seja traçado um plano de cuidados que vise encontrar intervenções eficazes para entender os fatores de risco e otimizar o peso e a saúde antes de uma possível futura gravidez (Maxwell et al., 2023). A gravidez e pós-parto estão muitas vezes associados a uma combinação de escolhas alimentares incorretas, aumento do sedentarismo e diminuição da atividade física, contribuindo para o aumento de peso (Spencer et al., 2015). Os períodos preconcecional, pré-natal e pós-parto são momentos em que, por norma, as mulheres têm um envolvimento sustentado com o sistema de saúde, permitindo potenciar a

melhoria da saúde da mulher e família (Maxwell et al., 2023). O EEESMO deve, por isso, estar atento a estas situações e delinear intervenções e planos de cuidados individuais e que englobem a mulher e família, para conseguir melhores desfechos obstétricos futuros.

Uma gravidez planeada é aquela em que existe preparação preconcecional, com o intuito de adotar antecipadamente um conjunto de cuidados que conduzam a uma gravidez saudável. Nas consultas preconcecional, são abordados temas como alimentação saudável, atividade física, questões sociais, orientação sobre toma de medicação e é feito controlo de patologias pré-existentes, como diabetes e hipertensão. Porém, nem sempre a gravidez é devidamente planeada, o que pode estar relacionado com o difícil acesso aos serviços de saúde e a falta de conhecimento sobre a consulta preconcecional e a sua importância (Nascimento et al., 2019). O relatório “O Estado da População Mundial 2022”, do Fundo de População das Nações Unidas, conclui que 50% das gravidezes no mundo são não planeadas e estão associadas à pobreza, baixo nível de escolaridade, participação no mercado de trabalho e exposição a violência (ONU, 2022).

Na população-alvo, verificou-se que 53% das parturientes teve uma gravidez não planeada e 47% teve uma gravidez planeada (Figura 6). Apesar de não ser uma grande diferença, constata-se um número elevado de mulheres que não planejaram a gravidez, indo ao encontro do estudo apresentado e dos dados da ONU. Assim, no sentido de melhorar os cuidados e o acesso às consultas preconcecional, os enfermeiros, nomeadamente os EEESMOS, têm o papel de investigar em todas as oportunidades de assistência, a intenção da mulher de engravidar e, desta forma, fazer o encaminhamento adequado (Nascimento et al., 2019).

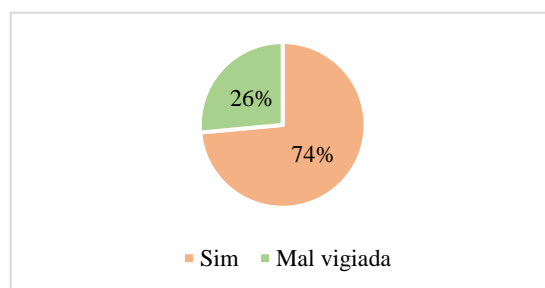
Figura 6. Planeamento da gravidez



Fonte: Elaboração própria

Em relação à vigilância da gravidez, verificou-se que 74% das gravidezes foram vigiadas e apenas 26% das gravidezes foram mal vigiadas, não existindo nenhuma gravidez totalmente não vigiada (Figura 7).

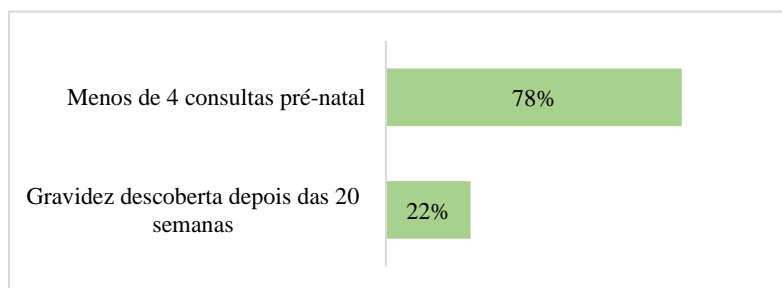
Figura 7. Vigilância da gravidez



Fonte: Elaboração própria

A DGS recomenda a realização da primeira consulta até às 12 semanas de gravidez e o número de consultas seguintes conforme grau de risco da gravidez, avaliado através da Escala de Goodwin Modificada (Anexo IV). Tratando-se de uma gravidez de baixo risco, ou seja, de uma gravidez em que, após avaliação do risco pré-natal, através da Escala de Goodwin Modificada, não se verifica nenhum fator de risco para morbilidade materna, fetal e/ou neonatal, as consultas de vigilância após a primeira consulta devem ser a cada 4-6 semanas até às 30 semanas, 2-3 semanas entre as 30-36 semanas e 1-2 semanas após as 36 semanas (DGS, 2015b). Desta forma, as gravidezes mal vigiadas apresentadas corresponderam a 22% de gravidezes descobertas tardiamente, em que a primeira consulta foi depois das 20 semanas e 78% a gravidezes mal vigiadas por menos de quatro consultas pré-natal realizadas (Figura 8), sublinhando que todas as grávidas desta amostra apresentavam fatores de risco possíveis de alterar o risco da gravidez, em cada consulta, e após avaliação da respetiva escala.

Figura 8. Motivos de gravidez mal vigiada

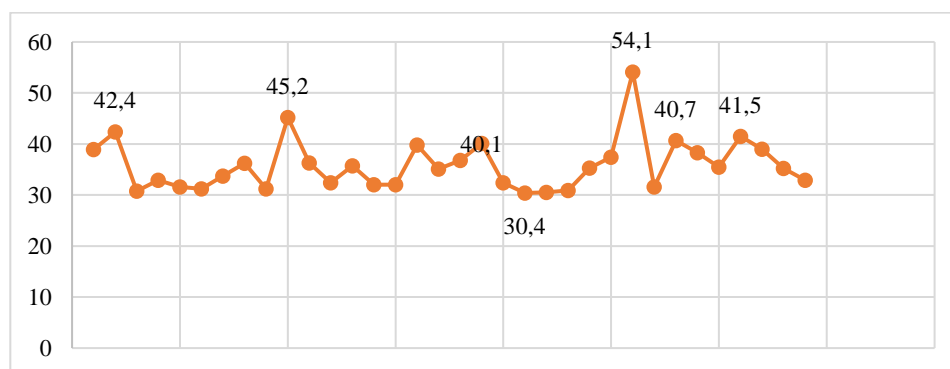


Fonte: Elaboração própria

Obesidade, Trabalho de Parto e Parto

A partir do próximo gráfico (Figura 9), verifica-se que a maioria das grávidas (28 grávidas), apresentou IMC entre os 30 e os 40 kg/m², sendo que o valor de IMC mais baixo foi 30,4 kg/m², e o valor mais elevado foi 54,1 kg/m².

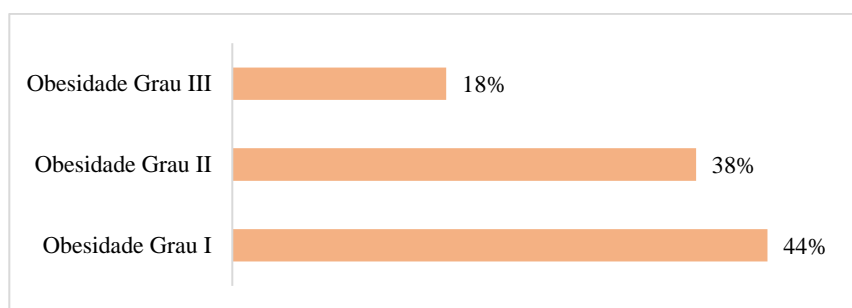
Figura 9. IMC de cada grávida



Fonte: Elaboração própria

Para além destes dados, verifica-se que 44% das mulheres tem obesidade grau I, 38% tem obesidade grau II e 18% tem obesidade grau III (Figura 10). De acordo com dados de 2019 do INE, em Portugal, 53,6% da população com 18 ou mais anos tem excesso de peso ou obesidade e 49,3% são referentes a mulheres (Instituto Nacional de Estatística, 2020).

Figura 10. Graus de obesidade



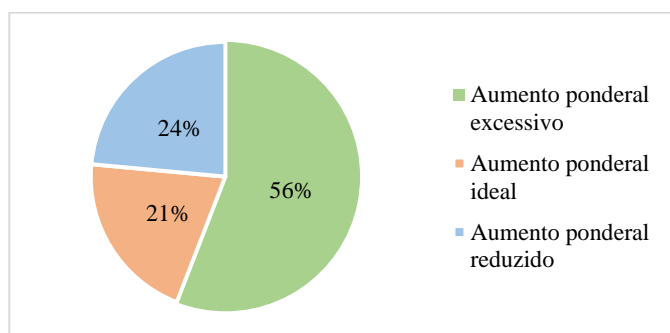
Fonte: Elaboração própria

Para além dos riscos associados ao excesso de peso e obesidade no início da gravidez, também o aumento ponderal excessivo pode conduzir a complicações, nomeadamente risco de bebé grande para a idade gestacional, macrossomia, cesariana, retenção de peso no período pós-parto e ainda

excesso de peso na criança, futuramente. Já o aumento de peso inadequado, pode culminar em bebés pequenos para a idade gestacional ou parto prematuro (Darling et al., 2023).

Na população-alvo, constatou-se que 56% das mulheres teve um aumento excessivo de peso, 24% teve um aumento reduzido e apenas 21% teve um aumento de peso ideal, entre os 5 e os 9kg (Figura 11).

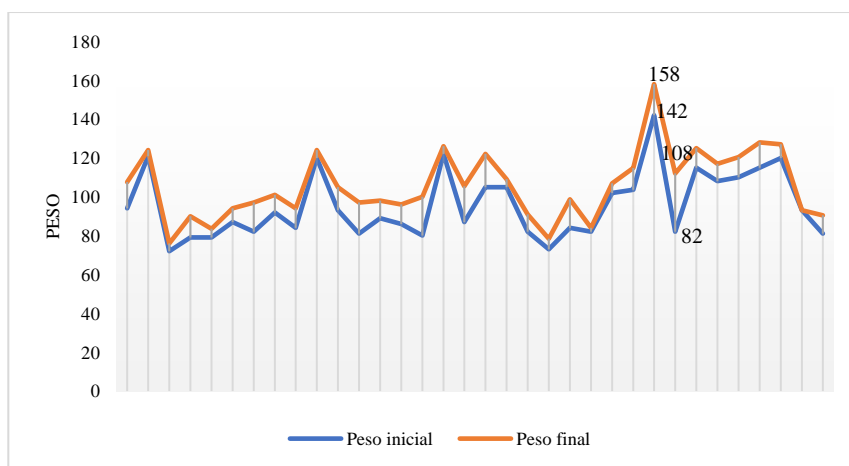
Figura 11. Aumento ponderal



Fonte: Elaboração própria

Na Figura 12, é possível visualizar as curvas do peso inicial e final de cada parturiente, considerando-se relevante destacar a parturiente com mais peso, em nível de obesidade grau III e cujo aumento ponderal foi de 16kg. Destaca-se também a parturiente com maior aumento ponderal, correspondente a 26kg. Estes gráficos demonstram como a maioria das grávidas não fez controlo de peso durante a gravidez, levantando algumas dúvidas acerca do acompanhamento realizado no período pré-natal.

Figura 12. Linha individual de aumento ponderal

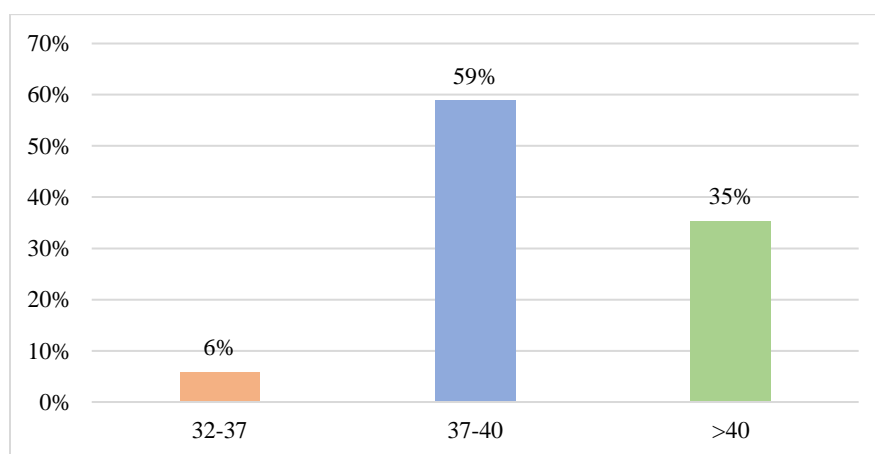


Fonte: Elaboração própria

Durante a prática clínica, verificou-se que a maioria das mulheres não oferecia a importância necessária ao seu peso, justificando-o com a gravidez ou simplesmente desvalorizando e contornando o assunto. Na revisão da literatura realizada, é apresentado um estudo feito por Chirstenson et al. (2020), em que afirmam que a maioria das grávidas obesas evita falar sobre o seu peso com medo de julgamento e que quando falam não admitem o que realmente comem e muitas vezes preferem não ser pesadas. No mesmo estudo, os autores concluíram que as enfermeiras obstetras consideravam este assunto sensível, o que as levava a abordar pouco o tema.

Relativamente à idade gestacional, verificou-se que a maioria das parturientes (59%), se encontravam entre as 37 e as 40 semanas, 35% das parturientes com mais de 40 semanas e apenas 6% das parturientes entre as 32-37 semanas (Figura 13). Nesta população-alvo, apenas uma minoria de 6% tiveram parto pré-termo, o que não permite concluir que a obesidade conduza a partos pré-termo, como descrito por González-Plaza et al. (2022). Por outro lado, para grávidas com IMC superior ou igual a 40 kg/m² recomenda-se o parto entre as 39-40 semanas (C. Maxwell et al., 2019), o que também pode justificar a maioria de partos nesse intervalo. Ainda assim, verificou-se um número considerável de parturientes com idade gestacional superior a 40 semanas, corroborando a informação descrita Ellis et al. (2019), que afirma que mulheres obesas têm menos tendência para entrar em trabalho de parto espontâneo a termo.

Figura 13. Idade gestacional



Fonte: Elaboração própria

Na Tabela 6, verifica-se que o antecedente pessoal mais comum foi a hipertensão crónica, comum a sete parturientes da população-alvo. Esta patologia tem sofrido um aumento associado

ao protelar a gravidez para uma idade mais avançada (Nené et al., 2016). Verificaram-se também alterações do sistema circulatório, como veias varicosas, insuficiência venosa e aneurisma, verificadas em quatro parturientes, o que vai ao encontro da informação da DGS que destaca como principais complicações associadas à obesidade: doenças respiratórias, diabetes tipo 2, doenças cardiovasculares, nomeadamente hipertensão arterial, doença renal, doenças gastrointestinais, doenças músculo-esqueléticas, doenças oncológicas e alterações psicológicas (SNS, 2023f). Verificou-se, ainda, duas parturientes com hábitos tabágicos.

Tabela 6. Antecedentes pessoais

Antecedentes pessoais	N
Hipertensão crónica	7
Hábitos tabágicos	2
Outras alterações circulatórias	4

Fonte: Elaboração própria

No que diz respeito a antecedentes obstétricos, constatou-se que oito das parturientes já tinham tido um ou mais abortos espontâneos anteriores, duas tiveram partos pré-termo anteriores e apenas uma teve uma morte fetal (Tabela 7).

Tabela 7. Antecedentes obstétricos

Antecedentes obstétricos	N
Aborto espontâneo	8
Morte fetal	1
Parto pré-termo	2

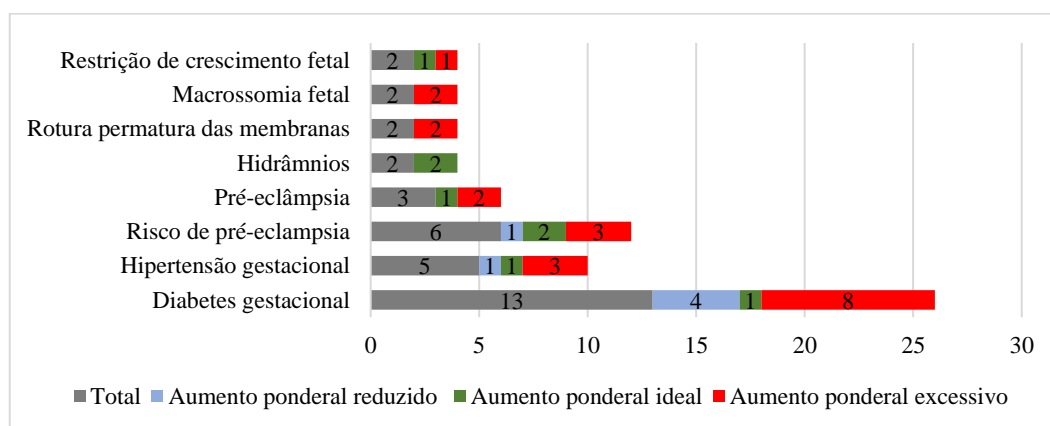
Fonte: Elaboração própria

Aborto espontâneo refere-se à perda gestacional antes das 22 semanas, ou, se for difícil determinar a idade gestacional, quando o feto apresente um peso inferior a 500 gramas (Nené et al., 2016). A obesidade é um dos fatores de risco para o aumento da taxa de aborto espontâneo, associando-se a menor implantação, desenvolvimento embrionário mais lento, stress oxidativo e

inflamação sistémica, que interfere na função placentária e pode levar ao aborto (Wang et al., 2023).

Relativamente a patologias da gravidez, verificou-se que a maioria das parturientes, 13, apresentava DG, seis parturientes apresentavam risco de pré-eclampsia, cinco parturientes apresentavam hipertensão gestacional, três apresentavam pré-eclâmpsia e as restantes patologias (restrição de crescimento fetal, macrossomia fetal, rotura prematura de membranas e hidrâmnios) foram vivenciadas por duas parturientes (Figura 14), o que se mostra concordante com as conclusões da revisão da literatura realizada. Para além disso, verifica-se através da leitura da Figura 14, que o aumento ponderal excessivo esteve associado a maior número de complicações, indo ao encontro do que nos diz a literatura.

Figura 14. Complicações da gravidez



Fonte: Elaboração própria

Na gravidez, as hormonas produzidas bloqueiam parcialmente a ação da insulina, hormona responsável pela remoção da glucose da corrente sanguínea para as células. Numa gravidez saudável, o pâncreas reage e produz uma quantidade superior de insulina, porém, quando tal não acontece, a acumulação de glucose na corrente sanguínea, culmina em DG (Nené et al., 2016). A obesidade é um importante fator de risco para o surgimento desta patologia que, por sua vez, aumenta o risco de outras complicações maternas e neonatais. Ao nível materno, o desequilíbrio metabólico pode provocar um grande aumento ponderal (concordante com a Figura 14) com consequente aumento dos valores tensionais, resultando em hipertensão ou pré-eclampsia. Ao nível do RN, a complicação mais frequente é a macrossomia, podendo desencadear distocia de ombros,

fratura da clavícula, ou RN leve para a idade gestacional por insuficiência fetoplacentar (Deshpande et al., 2023; Nené et al., 2016).

Sendo o peso pré-gestacional um fator preditivo do desenvolvimento de DG, deverá haver um esforço acrescido na prevenção da obesidade e no controlo de peso antes da gravidez (Deshpande et al., 2023). Durante a gravidez, havendo o diagnóstico de DG, o EEESMO deve promover educação para a saúde focada na dieta, exercício físico e toma correta da medicação, tentando, sempre em conjunto com a grávida, minimizar efeitos adversos (Nené et al., 2016).

A hipertensão gestacional, por sua vez, surge após as 20 semanas de gravidez, regredindo após o parto e sem outras complicações associadas (Nené et al., 2016). Já a pré-eclâmpsia, é uma situação clínica que pode afetar outros órgãos e manifesta-se por hipertensão arterial após as 20 semanas e proteinúria significativa. Este último parâmetro não é determinante no diagnóstico quando outros sinais são manifestados, nomeadamente trombocitopenia, disfunção hepática e insuficiência renal (Peraçoli et al., 2019).

Quanto às complicações vivenciadas no TP e parto, a dificuldade na monitorização CTG foi o maior desafio, colocando em causa a certeza do bem-estar fetal, o que vai ao encontro da literatura evidenciada na revisão integrativa. Assim, em 20 parturientes houve dificuldade na monitorização de CTG, em dois partos verificou-se distocia de ombros e apenas em um caso, o parto terminou com membranas fragmentadas (Tabela 8).

Tabela 8. Complicações no TP e Parto

Complicações no TP e Parto	Total
Distocia de ombros	2
Membranas fragmentadas	1
Dificuldade na monitorização CTG	20

Fonte: Elaboração própria

Um estudo conduzido por Reither et al. (2018) e incluído na revisão da literatura realizada, demonstrou que a monitorização da FCF foi uma das dificuldades mais relatadas pelos EEESMOS, enquanto a distocia de ombros foi uma das complicações mais frequentes, o que vai ao encontro dos dados recolhidos.

Apesar do grande número relacionado com a dificuldade na monitorização CTG, constatou-se que em apenas quatro parturientes (12%) foi colocada monitorização interna (Tabela 9). A monitorização com eléctrodos colocados no couro cabeludo fetal apenas é possível após rotura de membranas e pode não ser possível se o colo não estiver suficientemente dilatado ou se o feto estiver demasiado alto. Para além disso, pode aumentar o risco de infeções, o que faz com que a sua colocação seja bastante ponderada, previamente (Monson et al., 2020).

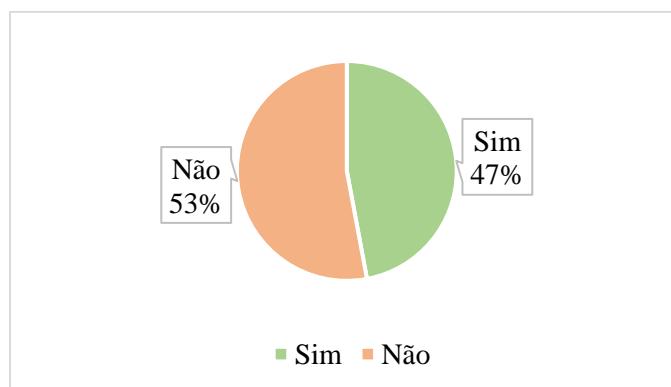
Tabela 9. Monitorização interna

Monitorização interna	N	Percentagem
Sim	4	12%
Não	30	88%

Fonte: Elaboração própria

Vários autores referem um aumento da incidência de indução do TP em mulheres obesas (Ballesta-Castillejos et al., 2020; González-Plaza et al., 2022; Reither et al., 2018), quer seja pela menor propensão para entrar em TP espontâneo, quer seja para prevenir complicações associadas (Ellis et al., 2019). Na população-alvo, 47% induziu o TP, ao contrário de outros 53% que entrou em TP em forma espontânea (Figura 15).

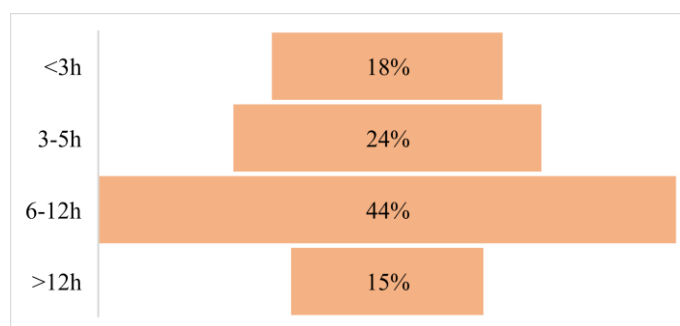
Figura 15. Indução do TP



Fonte: Elaboração própria

De acordo com a OMS, a duração do TP no primeiro estágio da fase ativa pode ir até 12 horas em primíparas e até 10 horas em múltíparas (WHO, 2018). Por sua vez, mulheres obesas têm alterações endócrinas e inflamatórias que podem conduzir a trabalhos de parto mais lentos (Ellis et al., 2019). Na população-alvo, observou-se que a duração do TP na maior parte das parturientes (44%) foi entre 6 a 12 horas, enquanto 18% das parturientes teve um TP inferior a 3 horas, 24% das parturientes entre 3 a 5 horas e 15% das parturientes superior a 12 horas (Figura 16).

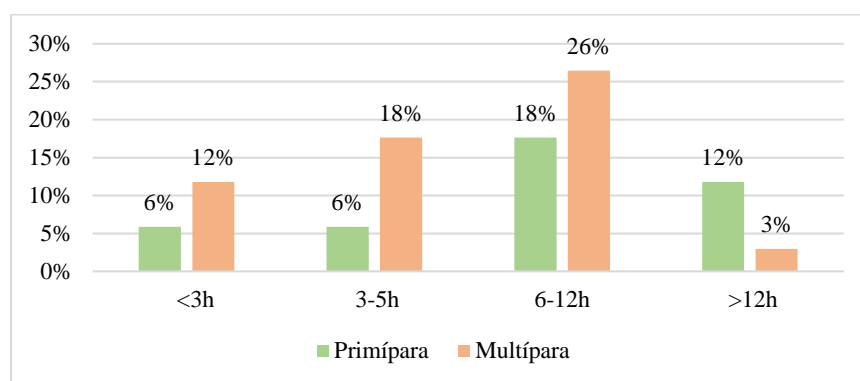
Figura 16. Duração da fase ativa do TP



Fonte: Elaboração própria

Verificou-se, ainda, que TP's superiores a 12 horas foram mais propícios em parturientes obesas primíparas (12%) e TP's mais rápidos, inferiores a 3 horas, foram mais comuns em parturientes obesas múltíparas (12%), tal como demonstrado na Figura 17.

Figura 17. Relação entre a paridade e a duração do TP

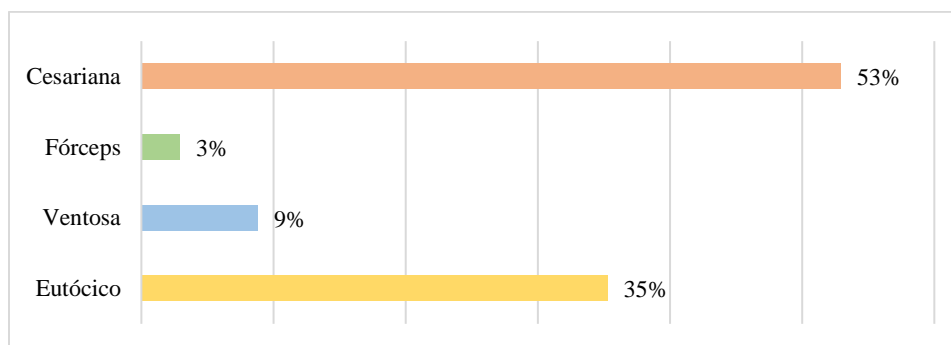


Fonte: Elaboração própria

Com a revisão da literatura, concluiu-se que mulheres obesas têm maior probabilidade de terminar o TP em cesariana (Ballesta-Castillejos et al., 2020; González-Plaza et al., 2022; Reither

et al., 2018), o que vai ao encontro dos dados apresentados referentes à população-alvo, onde 53% terminou em cesariana (Figura 18). Já 35% teve parto eutócico, 9% das parturientes o parto terminou em ventosa e apenas 3% dos partos ocorreram com ajuda de fórceps, o que corrobora a inexistência de relação entre IMC elevados e partos instrumentados, tal como referido na literatura (Angeliki et al., 2020; Langley-Evans et al., 2022).

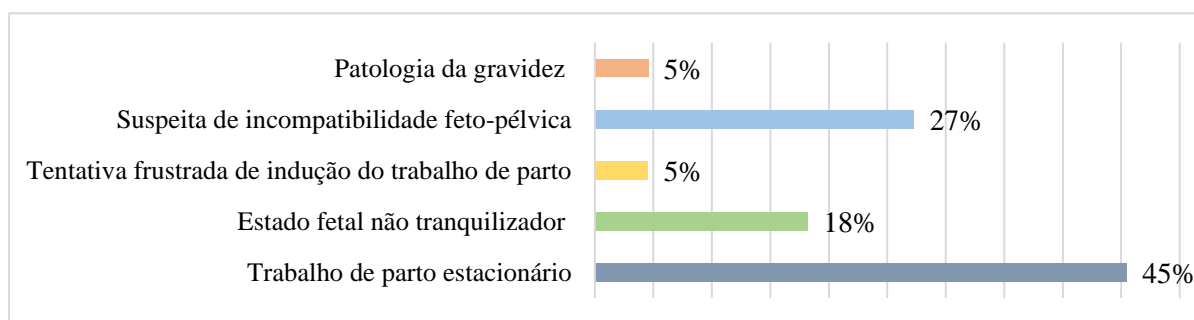
Figura 18. Tipo de parto



Fonte: Elaboração própria

Considerou-se pertinente apresentar os motivos que levaram a partos distócicos. Seguindo-se a norma da DGS “Registo de indicações de cesariana” (2015) e, observando a Figura 19, verifica-se que 45% dos partos distócicos deveu-se a TP estacionário, 27% a suspeita de incompatibilidade feto pélvica, 18% a estado fetal não tranquilizador, 5% a patologia da gravidez (neste caso, pré-eclampsia) e outros 5% tentativa frustrada de indução do TP, de parturiente que passou para a sala de partos enquanto aguardava para entrar no Bloco Operatório e para vigilância de CTG, após decisão médica de cesariana.

Figura 19. Motivos de partos distócicos

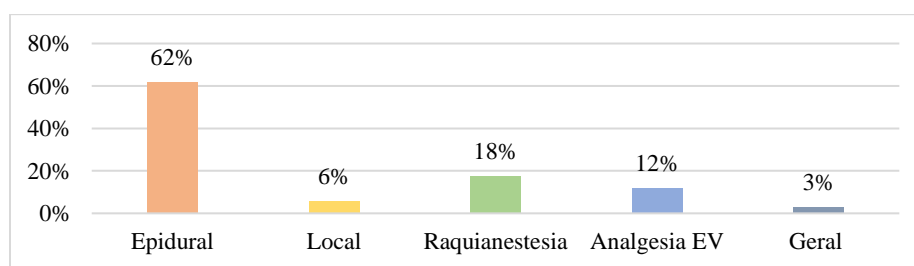


Fonte: Elaboração própria

De acordo com a DGS, TP estacionário engloba a distocia dinâmica ou mecânica (DGS, 2015c) e é a causa mais comum de cesarianas em TP e, na fase ativa, considera-se quando não existe progressão do TP durante quatro horas. Se ocorrer no período expulsivo, a duração máxima considerada deve ser de duas horas em primíparas e de uma hora em múltíparas, acrescendo uma hora em caso de analgesia epidural. Considera-se que as características maternas possam condicionar o diagnóstico, nomeadamente aumento do IMC e da idade materna (DGS, 2015d). É importante considerar que mulheres obesas requerem mais ocitocina e que quando é necessário o seu aumento, a atividade uterina pode demorar entre quatro a seis horas para obter a resposta desejada (Cynthia Maxwell, Laura Gaudet, Gabrielle Cassir, Christina Nowik, et al., 2019).

Relativamente à analgesia/anestesia durante o TP e parto, verificou-se que a maioria das parturientes (62%) solicitou analgesia epidural, 6% teve apenas analgesia local, 12% fez apenas analgesia endovenosa, 18% culminou em raquianestesia e 3% em anestesia geral, após tentativa de raquianestesia, sendo estas últimas referentes a anestesia para cesariana (Figura 20). Os resultados vão ao encontro do referido por González-Plaza et al. (2021), descrito na revisão integrativa. A analgesia epidural foi a primeira escolha, apesar de, aquando decisão de cesariana, ter havido necessidade de, em algumas parturientes, retirar o cateter e realizar raquianestesia, por se encontrar não funcionando ou por estar exteriorizado.

Figura 20. Analgesia/Anestesia



Fonte: Elaboração própria

Obesidade e bem-estar do recém-nascido

Os estudos que serviram como referência para a revisão integrativa elaborada, demonstravam maior probabilidade de macrossomia fetal perante grávidas obesas (Hoover & Louis, 2019; Indarti et al., 2021). Na população-alvo, verificou-se apenas 12% de RN com mais de 4000g. Na restante amostra, 6% apresentou peso inferior a 2500g, 15% apresentou peso entre 2500g e 2999g e a

maioria (68%) apresentou peso entre 3000g-3999g (Tabela 10). Constatando-se que, apesar de terem nascido bebês macrossômicos, essa não foi a maior prevalência.

Relativamente ao índice de APGAR, consiste num sistema de pontuação que permite avaliar o estado do RN ao primeiro minuto, através de cinco componentes: cor, frequência cardíaca, reflexos, tónus muscular e respiração. O APGAR é avaliado ao 1º e 5º minutos em todos os bebês e em intervalos de cinco minutos até ao minuto 20 em bebês com pontuação inferior a sete (American Academy of Pediatrics, 2015). Na população-alvo, não foi possível chegar à conclusão de Angeliki et al. (2020), que refere que este tem tendência para ser menor ao primeiro e quinto minutos em mulheres obesas, uma vez que se verificou que a maioria (62%) teve APGAR 10 10 10. Na restante amostra, 24% teve APGAR 9 10 10, 9% teve APGAR 8 9 10 e apenas 3% tiveram APGAR 8 9 10 e 6 9 10 (Tabela 10). Assim, os resultados obtidos corroboram os resultados de Akgol et al. (2020) e Otero-Naveiro et al. (2021) que concluem não haver diferenças significativas neste parâmetro, em RN de mulheres obesas.

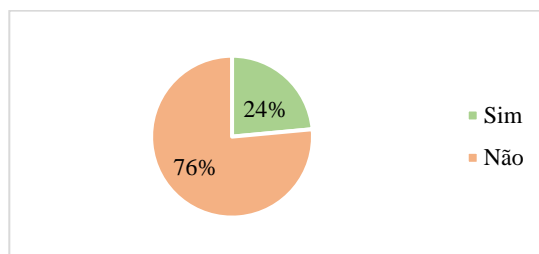
Tabela 10. Dados dos RN

		N	Percentagem
Peso do recém-nascido	<2500g	2	6%
	2500g-2999g	5	15%
	3000g-3999g	23	68%
	≥4000g	4	12%
Índice de APGAR	10.10.10	21	62%
	9.10.10	8	24%
	8.10.10	1	3%
	8.9.10	3	9%
	6.9.10	1	3%

Fonte: Elaboração própria

Por último, com o objetivo de compreender o envolvimento das mulheres na sua gravidez, foram questionadas acerca da sua frequência no CPNP, constatando-se que 76% das parturientes não frequentaram o CPNP, ao contrário de apenas 24% de parturientes que frequentaram o curso, sendo que nenhuma fez plano de parto (Figura 21).

Figura 21. Frequência no CPNP



Fonte: Elaboração própria

Habitualmente, mulheres com estilos de vida pouco saudáveis, onde se incluem a má alimentação, o tabagismo e o sedentarismo, apresentam maior risco de resultados adversos na gravidez. Porém, seja por desconhecimento da sua existência e importância, ou por falta de interesse, motivação ou dificuldade no acesso, esta população é menos propensa a participar em cuidados pré-concepcionais, como os CPNP (S. Smith et al., 2022).

Constata-se que muitas mulheres não têm perceção exata sobre o seu peso e IMC, nem fazem ideia do aumento ponderal desejável durante a gravidez (Costa et al., 2022; Khair et al., 2023). Um facto que se verifica ser independente da etnia, idade ou nível de escolaridade (Khair et al., 2023). Para além disso, apesar do conhecimento científico e dos inúmeros estudos realizados que têm demonstrado os efeitos negativos da obesidade, muitas mulheres menosprezam o seu peso pré-gestacional, não têm conhecimento sobre os riscos para a gravidez e, por isso, têm maior probabilidade de ter um aumento de peso inadequado (Costa et al., 2022).

Tal como evidenciado na revisão da literatura realizada, é essencial investir ao nível da educação pré-natal e aconselhar, de forma consistente, acerca de hábitos de vida saudáveis e educar sobre os riscos que a obesidade acarreta. É fundamental que as mulheres tenham conhecimento sobre as complicações que podem estar associadas à obesidade, influenciando negativamente a gravidez, o parto, a saúde do feto e a sua própria saúde (Khair et al., 2023)

3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE MOBILIZAÇÃO DE COMPETÊNCIAS

O Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) descreve o Enfermeiro como um profissional classificado com competências técnicas, científicas e humanas que, após especialização, lhe são acrescidas competências para cuidados de enfermagem na sua área de especialidade. Para a aquisição de competências é necessária prática reflexiva, baseada em evidência científica, uma vez que a reflexão permite desenvolver pensamento crítico, ter autoconsciência, fazer autoavaliação e interrelacionar a teoria com a prática (Bass et al., 2020).

Assim, ao longo deste capítulo são descritas as atividades desenvolvidas ao longo dos diferentes contextos clínicos, juntamente com a sua análise reflexiva, com vista a retratar o processo de desenvolvimento e mobilização de competências comuns dos enfermeiros especialistas e de competências específicas do EEESMO.

A prática clínica ao longo do estágio esteve assente no Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, promovendo-se cuidados direcionados para a promoção da saúde, estimulando a adoção de estilos de vida saudáveis, destacando a importância da própria pessoa na gestão dos seus comportamentos e tendo em conta as variáveis descritas anteriormente que constituem determinantes para os comportamentos em saúde.

3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS

O Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro de 2019, descreve as competências comuns dos enfermeiros especialistas, que comparativamente aos enfermeiros de cuidados gerais, assumem maior exigência técnica e científica. O conjunto de competências comuns dos enfermeiros especialistas visa comunicar à população os cuidados de enfermagem que podem esperar por parte destes profissionais.

Assim, todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialização, partilham quatro domínios comuns e transversais, descritos no Regulamento de Competências Profissionais do Enfermeiro Especialista: Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados e Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

No que diz respeito às competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, englobam-se: Desenvolvimento de uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade,

agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional; Promoção de práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (OE, 2019b).

Neste sentido, procurou-se desenvolver competências através da adoção de uma atitude que respeitasse os valores, crenças, atitudes e escolhas das mulheres/casais/famílias, primando pelos princípios da privacidade e confidencialidade e adotando um espírito de equipa que resultasse em cuidados de excelência e numa boa relação com outros profissionais. Assim, independentemente do contexto de atuação, os cuidados prestados foram pautados pelo envolvimento das utentes/casal/família, tendo em consideração os seus desejos, expectativas, medos e dúvidas, procurando esclarecer, através de informação fundamentada, assim como promover a tomada de decisões e o seu envolvimento no processo.

Desta forma, privilegiou-se o estabelecimento de relações de confiança, ausente de juízos de valor, respeitando a intimidade e a privacidade, explicando todos os procedimentos realizados e pedindo consentimento para tal. O estabelecimento de uma relação de confiança enfermeiro-utente promove o empoderamento do utente, que se sente integrado nos cuidados e com maior segurança perante o profissional (Leslie & Lonneman, 2016).

Quanto ao domínio da melhoria contínua da qualidade, abrange as competências: Garantir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; Desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; Garantir um ambiente terapêutico e seguro (OE, 2019b).

O PNS 2021-2030 foi desenvolvido com base nos desafios atuais que marcam Portugal, a Europa e o Mundo, evidenciando os cuidados de saúde como determinantes para o alcance dos ODS. São definidas cinco dimensões para a organização da ação: Pessoas, Prosperidade, Planeta, Paz e Parcerias. Neste documento, surge o conceito de saúde sustentável que visa promover cuidados de saúde cujo foco seja a promoção e proteção da saúde, prevenção da doença e prestação de cuidados de alta qualidade, primando pela responsabilidade social e ambiental (DGS, 2022).

Já a OE, define padrões de qualidade para os cuidados prestados pelo enfermeiro, com vista a desenvolver a reflexão crítica e a melhoria contínua dos cuidados, definindo enunciados descritivos que permitem direcionar o caminho da qualidade: satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional e organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2021b).

Ao longo dos diferentes contextos clínicos, procurou-se demonstrar empatia com os utentes, envolvendo-os nos cuidados e no seu planeamento. Quanto à promoção da saúde, destaca-se a temática escolhida para abordar e desenvolver, que prima pela promoção de estilos de vida saudáveis e identificação de situações de risco relacionadas com a obesidade. Por sua vez, a prevenção de complicações esteve presente durante todo o contexto clínico, não apenas relacionado com a obesidade na grávida, mas com todas as restantes possíveis complicações, que exigem rigor técnico e científico, identificação de potenciais problemas, referenciação de situações e responsabilização por todas as ações tomadas.

Privilegiando sempre a segurança da utente/família, a prática dos cuidados foi assente no Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (2017), que visa: garantir a avaliação individual do risco de infeção na admissão das utentes, correta higienização das mãos, etiqueta respiratória, utilização de equipamento de proteção individual, descontaminação do equipamento clínico e das superfícies, manuseamento da roupa de forma segura, gestão adequada de resíduos, práticas seguras na preparação e administração de injetáveis e prevenção da exposição a agentes microbianos (DGS, 2017). A garantia de um ambiente seguro e terapêutico passa também por manter a organização nos cuidados de enfermagem e, conseqüentemente, a realização de registos de enfermagem, claros e atualizados, nos meios adequados, revelou-se ser uma prioridade em cada contexto clínico.

As competências do domínio da gestão dos cuidados abrangem: Gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; Adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (OE, 2019b).

A identificação de situações de saúde e a consciencialização dos recursos disponíveis é fundamental para prestar cuidados diferenciados e de qualidade e, neste sentido, o enfermeiro supervisor tem um papel importante na articulação entre o estudante e o ambiente institucional, assim como a integração na equipa.

As ações realizadas pelos enfermeiros consideram-se autónomas, mas interdependentes, uma vez que devem ser articuladas em conjunto com outros técnicos, para atingir um objetivo comum (OE, 2015b). A articulação com a equipa nos vários contextos clínicos demonstrou-se positiva, permitindo reconhecer a interdependência das diferentes funções e papéis de cada elemento da equipa, o que impactou positivamente a qualidade dos cuidados.

Por último, as competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, que engloba: Desenvolvimento de autoconhecimento e assertividade; Prática clínica baseada em evidência científica (OE, 2019b).

Durante a realização do ENPRF, evidencia-se uma grande necessidade de autoconhecimento, gestão de stress e reconhecimento de necessidades pessoais que se associam a todo o contexto clínico, integração em novas equipas, com novas rotinas, acumulando, simultaneamente, o exercício profissional. Somando a este grande desafio a que o estudante se propõe ao ingressar numa especialidade, vários são os dilemas e as dúvidas com que se depara e grande é a necessidade de gestão de tempo e de emoções que, possivelmente, não seriam vivenciados de outra forma. De facto, McCarthy et al. (2018) evidenciam na sua revisão da literatura, que os estudantes em enfermagem de saúde materna enfrentam níveis elevados de stress, por vezes relacionados com dificuldades ou adversidade, podendo interferir na sua vida pessoal e profissional. Todos estes desafios contribuem para o autoconhecimento e para a assertividade com que o profissional passa a desempenhar as suas funções.

Para o desenvolvimento da competência relativa à prática baseada em evidência científica, foi sempre uma prioridade prestar cuidados baseados em normas, protocolos, diretrizes e literatura fidedigna, atualizada e disponível em bases de dados. Salientam-se todos os trabalhos realizados que culminaram em momentos de partilha de conhecimentos, citados ao longo do relatório. Ao nível da temática obesidade na gravidez e TP, foi realizada uma revisão integrativa da literatura, sendo posteriormente enviada para publicação em revista, que contribuiu para a reflexão, colheita de dados e melhoria dos cuidados prestados à população-alvo.

3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DOS ENFERMEIROS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

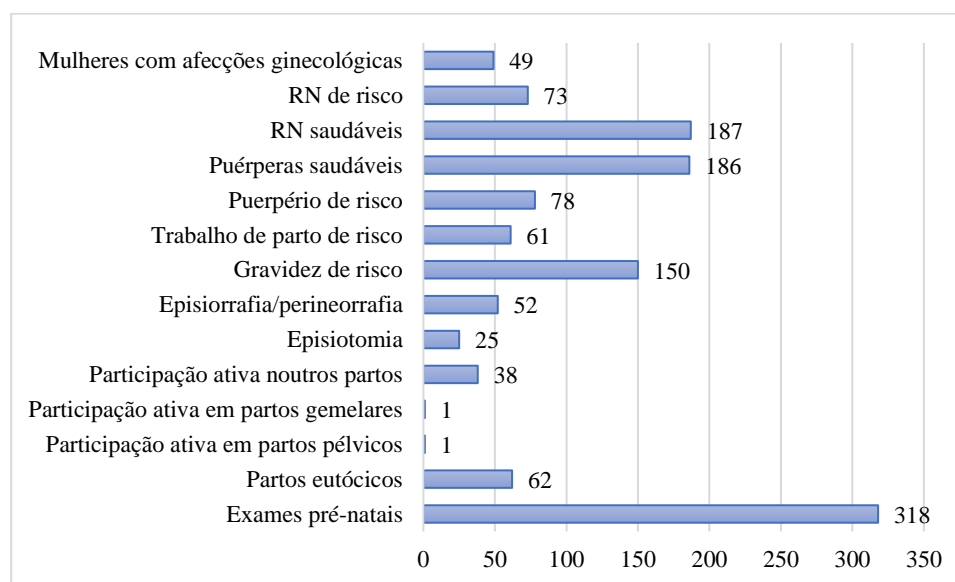
Na prática clínica do EEESMO, são postas em prática, tanto as competências do enfermeiro de cuidados gerais, como as competências específicas que decorrem do aprofundamento de conhecimentos diferenciados (OE, 2021b). De acordo com as competências específicas do EEESMO, descritas em Diário da República, 2.^a série, N.º 85, de 3 de maio de 2019, o foco primordial dos cuidados desta especialidade é a mulher no âmbito do ciclo reprodutivo, devendo ser entendida de forma única e holística (OE, 2019a).

No Regulamento n.º 391/2019, estão patentes as áreas de intervenção pelas quais o EEESMO assume responsabilidade: Cuidado à mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e no período preconcecional, no período pré-natal, durante o TP, no período pós-natal, no período do climatério; a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica e, ainda, no cuidado a mulheres em idade fértil inseridas na comunidade.

Ao longo deste subcapítulo, serão descritas cada uma das competências específicas e as atividades desenvolvidas, com base na reflexão crítica e na melhoria contínua.

Apresenta-se na Figura 21, o número de experiências práticas em contexto clínico, realizadas sob supervisão clínica do EEESMO, de acordo com a contabilização das experiências em folha própria (Apêndice C).

Figura 21. Experiências práticas em contexto clínico



Fonte: Elaboração própria com base na folha de registo de vigilâncias

Competência 1: “Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcecional.”

Descritivo: “Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcecional, estabelecendo e implementando programas de intervenção e de educação para a saúde de forma a promover famílias saudáveis, gravidezes planeadas e vivências positivas da sexualidade e parentalidade.”

Atividades/Reflexão: A saúde reprodutiva pressupõe uma sexualidade satisfatória e segura, que inclua a possibilidade de decidir o momento e a frequência com que a pessoa deseja ter filhos, sendo que, para tal, deve ser assegurado o acesso a cuidados de saúde que permitam dar resposta às necessidades dos utentes e que ofereça educação sexual que conduza ao “controlo da fertilidade e à prevenção de infeções sexualmente transmissíveis (IST), com consequências positivas na sexualidade, gravidez, infertilidade, vigilância preconcecional e pré-natal, segurança no parto, qualidade e sobrevivência das crianças” (DGS, 2008, p. 5).

No contexto clínico de CSP, foi possível assistir/participar em consultas de saúde da mulher. Destacam-se duas consultas que culminaram na colocação de métodos contraceptivos, um DIU e um implante, tendo sido explicado o modo de ação do método em causa, para além de terem sido realizados ensinamentos sobre prevenção de IST e orientação para estilos de vida saudáveis.

Por outro lado, em contexto do estágio em SUOG, foram vivenciadas várias situações de gravidez não evolutiva: abortos espontâneos, aborto retido, aborto incompleto, gravidez ectópica e interrupções voluntárias da gravidez (IVG).

A maioria das mulheres com aborto espontâneo recorreram ao serviço de urgência por hemorragia e dor abdominal, com menos de 12 semanas de gestação, sem necessidade de qualquer tratamento médico. Porém, para outras situações foi adotada uma atitude expectante para posterior decisão de tratamento medicamentoso ou cirúrgico. A incidência de aborto espontâneo é de cerca de 10% em mulheres em idade reprodutiva, sendo uma das complicações mais comuns na gravidez (Wang et al., 2023). Mais de 80% ocorre antes das 12 semanas de gestação (Nené et al., 2016).

Destacam-se situações de aborto retido, entendido como um aborto em que o produto de concepção permanece na cavidade uterina, sem batimentos cardíacos. A sintomatologia passa pela regressão dos sinais de gravidez. Nestes casos, tratando-se de gravidezes no primeiro trimestre, é comum a expulsão do produto de concepção de forma natural, mas pode ser necessária administração de fármaco para amolecimento do colo ou aspiração manual uterina. No caso de ser um aborto retido no segundo trimestre, a conduta mais comum é a administração de fármaco (misoprostol) e posterior curetagem, em caso de necessidade (Moraes, 2018). Neste sentido, foram prestados cuidados à mulher e oferecido apoio emocional, procedendo-se à transferência para o serviço de Ginecologia, se feto inferior a 22 semanas ou Internamento de Grávidas, se idade gestacional superior a 22 semanas.

De referir, ainda, o caso de um aborto incompleto, que se caracteriza pela expulsão do feto e retenção da placenta ou restos placentários e manifesta-se por hemorragia abundante e dor intensa (Moraes, 2018). Descreve-se o caso de uma mulher que entrou no SUOG com dor intensa, hemorragia abundante e cheiro fétido. Procedeu-se à monitorização de sinais vitais, colheita de sangue para tipagem ABO e fenótipo Rh (D) e amostras para anatomia patológica e citopatológica, seguindo-se administração de fluidoterapia. Após estabilização da utente em contexto de urgência, tendo necessitado de administração de uma unidade de concentrado de eritrócitos, foi encaminhada para o Internamento de Ginecologia e transmitida informação detalhada aos colegas do serviço de destino.

No seguimento de gravidezes não evolutivas, destaca-se a situação de uma gravidez ectópica ovárica, gravidez caracterizada pela implantação do blastocisto fora do útero, estando os ovários entre as estruturas mais comuns para o seu acontecimento (Silva et al., 2022). Esta situação representou uma perda visível e significativa para a mulher, tendo sido prestado apoio emocional naquele momento. Perante estas situações de urgência, não foi possível realizar quaisquer ensinamentos, tendo sido prestados cuidados para estabilização e bem-estar das utentes.

No que diz respeito à IVG, a Lei 16/2007 esclarece que a interrupção da gravidez por opção da mulher pode ser realizada até às 10 semanas de gestação. O método recomendado pela OMS é o mais praticado mundialmente e diz respeito à administração medicamentosa de dois fármacos, que induzem um aborto idêntico ao espontâneo (DGS, 2007).

Verificou-se que algumas mulheres procuram o SUOG para se informarem acerca do processo de IVG. Nestes casos, procedeu-se à explicação do circuito a seguir, assim como sobre todo o procedimento e riscos associados. Considerando o modelo de Nola Pender, incidiu-se sobre a educação sobre saúde sexual saudável e recursos disponíveis, com o objetivo de potenciar o compromisso com um plano de ação direcionado para o planeamento familiar e utilização de métodos contraceptivos.

O planeamento familiar visa assegurar o acesso a informação fidedigna que permita a vivência de uma saúde sexual e reprodutiva segura e satisfatória, englobando prevenção e diagnóstico precoce de IST, rastreio do cancro do colo do útero e da mama, cuidados pré-concepcionais e no puerpério, com vista à redução do risco de uma gravidez futura não desejada e promoção de estilos de vida saudáveis, devendo ser reforçada a sua importância (DGS, 2008).

Já a consulta preconcepcional, visa promover estilos de vida saudáveis antes da gravidez para que o período gestacional decorra de forma saudável, devendo por isso ser promovida a sua adesão em todos os contactos com as mulheres em idade fértil (Walker et al., 2020). Assim, no contexto clínico em SUOG, ao nível do planeamento familiar e período preconcepcional, tendo sido prestados cuidados a mulheres em idade reprodutiva que recorreram ao serviço de urgência por situações diversas, tais como: infeções vaginais, dor mamária, prurido vaginal, corrimento com cheiro fétido, entre outras, foi sempre aproveitado o momento para realizar ensinamentos sobre a importância dessas consultas, estilos de vida saudáveis, riscos associados ao tabagismo, fatores de risco associados à não evolução da gravidez, uso de métodos contraceptivos e esclarecimento de dúvidas.

Ao nível do internamento de puerpério, o momento da alta revelou-se sempre bastante enriquecedor ao nível de aquisição de competências relacionadas com a sexualidade e prevenção de nova gravidez, ao serem realizadas intervenções como: ensinamentos ao casal sobre o tempo expectável entre gravidezes; utilização de métodos contraceptivos, tendo em conta o desejo da mulher/casal, o seu estilo de vida e condição socioeconómica; apoio na colocação de implantes e ensinamentos sobre a toma correta da pílula da amamentação.

Desta forma, verifica-se a pertinência de encaminhar a população para as consultas de planeamento familiar, lembrando que o público-alvo não são apenas as mulheres, mas também os homens, sem limite de idade, responsabilizando ambos, enquanto casal, pela sua saúde sexual e reprodutiva (DGS, 2008).

Competência 2: “Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal”.

Descritivo: “Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno -fetal.”

Atividades/Reflexão: A vigilância da gravidez pressupõe a obtenção de dados concretos e individuais, tais como história obstétrica, história clínica, estilos de vida, comportamentos e ambiente psicossocial, para que sejam prestados cuidados centrados na mulher/ casal (DGS, 2015b).

Ao longo do estágio em contexto clínico de CSP foram prestados cuidados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, inscritas e a frequentar o CPNP. Neste

contexto, foram adquiridas competências ao realizar intervenções como: transmissão de informação e orientação sobre estilos de vida saudáveis durante a gravidez; monitorização da gravidez e do bem-estar fetal, através da realização de exames pré-natais, nomeadamente, manobras de Leopold, medição do perímetro abdominal, medição da AFU e auscultação dos batimentos cardíacos fetais; transmissão de informação e orientação sobre os desconfortos da gravidez; avaliação do aumento ponderal e recomendações mediante necessidade; transmissão de informação e orientação sobre sinais e sintomas para recorrer ao serviço de urgência, nomeadamente sinais de início de TP; identificação de situações que estavam além da área de atuação do EEESMO, referenciando-as (e.g.: nutricionista e psicólogo); transmissão de informação sobre os recursos disponíveis na comunidade, no âmbito da saúde pré-natal; promoção, apoio e aconselhamento na elaboração do plano de parto; intervenções de promoção do aleitamento materno, nomeadamente através da divulgação do cantinho da amamentação.

As intervenções referidas foram realizadas no âmbito das consultas iniciais à mulher/casal para o CPNP, onde era preenchido um questionário com informações pessoais, assim como através da realização de sessões que me foram propostas, sobre os temas: Estilos de vida saudáveis e comunicação intrauterina (Apêndice D), TP e parto (Apêndice E) e Puerpério (Apêndice F). Foi possível organizar e realizar um workshop, intitulado: “Compreender e acalmar o choro do bebé”. Este, contou com a presença de casais dos vários CPNP, tendo tido bastante adesão. Em apêndice, encontra-se a planificação da sessão (Apêndice G), o panfleto de divulgação que foi enviado para os casais via e-mail (Apêndice H), a primeira página e sumário da apresentação da sessão (Apêndice I) e o póster realizado e afixado no cantinho da amamentação, alusivo ao tema (Apêndice J). No sentido de promover e divulgar este espaço de apoio, foi criado um panfleto, com o objetivo de ser distribuído nas consultas de saúde materna, nas USF e UCSP, assim como na própria UCC (Apêndice K).

O esquema de vigilância da gravidez depende da existência, ou não, de patologia associada. Numa gravidez de baixo risco, consoante a Escala de Goodwin Modificada, não há nenhum fator de risco associado e a gravidez pode ser seguida em CSP. Caso seja considerada uma gravidez de risco, passa a ser seguida no hospital, em consulta de MMF (DGS, 2015b).

Às grávidas de nacionalidade portuguesa e às grávidas de nacionalidade estrangeira com autorização de residência com mais de três meses, é oferecido acompanhamento gratuito nas consultas de gravidez (EPortugal, 2023). E, mesmo após a DGS lançar uma norma que define o

prazo de seis a nove semanas e seis dias de gravidez para o acesso à primeira consulta (SNS, 2023e), verificou-se que muitas grávidas estão a ter dificuldades no acesso aos CSP para seguimento da gravidez, principalmente imigrantes, tendo-se verificado várias gravidezes não vigiadas ou mal vigiadas, algumas delas com patologias e complicações associadas, que após vinda à urgência acabam referenciadas para consulta de MMF.

Neste sentido, foram desenvolvidas competências através de intervenções como: prestação de cuidados à mulher grávida com desvios ao padrão de adaptação à gravidez; prestação de cuidados à mulher grávida com patologia associada ou concomitante com a gravidez; cooperação com outros profissionais de saúde no tratamento da mulher com complicações da gravidez; informação e orientação sobre sinais e sintomas de risco; monitorização da saúde materno-fetal através dos meios clínicos e técnicos apropriados; identificação e monitorização de desvios à gravidez fisiológica e transferência da grávida para o internamento ou sala de partos, transmitindo à equipa de destino toda a informação relevante.

Neste contexto, foi ainda realizada avaliação inicial das utentes, anamnese, cálculo da idade gestacional, monitorização de sinais vitais, realização de manobras de Leopold para avaliação da estática fetal, monitorização e interpretação de CTG, com os devidos registos informáticos.

Pela pertinência do tema e para este relatório de estágio, foi ainda realizado e afixado na sala de espera do SUOG um póster alusivo ao tema “Excesso de peso e Obesidade na gravidez” (Apêndice L).

Com base no modelo de Nola Pender e no tema selecionado, ao longo do estágio, foi fundamental incidir sobre grávidas com excesso de peso e obesidade, tentando reconhecer os fatores que interferem na adoção de estilos de vida saudáveis, os sentimentos relacionados com o comportamento e a vontade de compromisso com um plano de ação, que incluísse alimentação saudável e atividade física. Neste processo, incidiu-se sobre educação sobre riscos associados à obesidade e possíveis complicações para a gravidez e trabalho de parto e sobre os benefícios de um estilo de vida saudável, partindo do pressuposto que “a consciencialização é o primeiro passo para o autocuidado” (Santos et al., 2010, p. 268)

Em contexto de Internamento de Grávidas, foram prestados cuidados a grávidas com situações de risco ou a necessitarem de vigilância em contexto de internamento. As situações de risco e de internamento prolongado causam na mulher e família sentimentos de medo, preocupação, passividade e insegurança, exigindo cuidados que vão para além de ações que promovam o

tratamento. É importante criar um ambiente de confiança, que permita a expressão de sentimentos, ideias, conhecimentos e que transmita tranquilidade e segurança (Ferreira et al., 2019). Assim, foi necessário planear, implementar e avaliar as intervenções a realizar, de forma individual, através da escuta ativa e do diálogo e tendo em consideração a parte psicológica de cada mulher grávida/casal/família.

Durante o período de estágio foi possível prestar cuidados a mulheres com internamentos prolongados, com patologias e complicações associadas, destacando-se: ameaça de parto pré-termo, rotura prematura de membranas, restrição de crescimento intrauterino, DG mal controlada, pielonefrite, oligoâmnios, hidrâmnios, pré-eclâmpsia, hemorragia do 2º e 3º trimestre e colestase gravídica, tendo sido realizado um relato de caso sobre este último tema (Apêndice M).

Neste sentido e tendo em conta a patologia em causa, foram prestados cuidados a grávidas de risco, com necessidade de vigilância, focando os cuidados na deteção de complicações e referenciação precoces à equipa multidisciplinar (OE, 2019a). Para tal, foi fundamental aprofundar conhecimentos teóricos acerca das diversas patologias obstétricas.

Foi ainda possível observar e participar, prestando apoio à equipa médica, em duas versões cefálicas externas. A Versão Cefálica Externa (VCE) é uma técnica que utiliza a pressão manual direcionada sobre a parede abdominal materna, com o objetivo de converter a apresentação fetal pélvica em apresentação cefálica, aumentando a probabilidade de parto vaginal. Esta técnica pode ser realizada com ou sem analgesia e com ou sem medicação tocolítica (Cobec et al., 2022).

A VCE exige consentimento informado e cabe ao EEESMO monitorizar o bem-estar materno e fetal antes, durante e após o procedimento. De acordo com o protocolo vigente no serviço onde decorreu o estágio, após realização de CTG durante 20 minutos e constatação de ausência de contrações e presença de boa variabilidade na FCF, inicia-se perfusão endovenosa de tocolítico (salbutamol). Após início da perfusão, o médico inicia as manobras, enquanto o EEESMO verifica a frequência cardíaca materna, que não pode exceder os 100 bpm, caso aconteça, deve reduzir-se o ritmo da perfusão de salbutamol.

As duas versões foram bem-sucedidas, passando os fetos para posição cefálica. No fim do procedimento, realizou-se novo CTG com duração de uma hora, para verificar a manutenção do bem-estar materno-fetal. De acordo com um estudo realizado por Cobec et al. (2022), a realização de VCE rotineiramente poderia reduzir as taxas de cesariana por apresentação pélvica em cerca de dois terços, em gravidezes de termo e sem complicações associadas.

Relativamente à unidade de competência direcionada para as situações de abortamento, importa referir que a Lei n.º 16/2007 esclarece que, perante consentimento da mulher, é legal a interrupção da gravidez medicamente assistida, em meio hospitalar oficialmente reconhecido para tal, sempre que “houver seguros motivos para prever que o nascituro virá a sofrer, de forma incurável, de grave doença ou malformação congénita, e for realizada nas primeiras 24 semanas de gravidez [...]”. Assim, destaca-se uma situação de interrupção legal da gravidez, que decorreu durante o contexto clínico em Internamento de Grávidas.

Tratou-se de uma mulher com mais de 35 anos, com 20 semanas e 6 dias de gestação, tendo sido diagnosticadas complicações no feto, não compatíveis com a vida. Foi então iniciado o processo de abortamento, com administração de medicação, realizada pela equipa médica. No início do processo foi pedida colaboração da psicologia, com consentimento e acordo da utente. Durante todo o procedimento, que durou cerca de 18 horas, desde a administração da primeira medicação até à expulsão do feto, a utente optou por não ter nenhum acompanhante consigo. Houve oportunidade de acompanhar o processo durante o turno de estágio, tendo monitorizado o trabalho de abortamento, realizando cervicometria consoante as queixas da utente, administrado medicação analgésica e prestado apoio durante o momento da expulsão, que foi conduzido por uma médica. Após a expulsão e dequitação, foram administradas 10UI de ocitocina, para prevenir hemorragia e acondicionados feto e placenta em formol para enviar para a anatomia patológica. Tratando-se de uma mulher com fator RH negativo, foi administrada posteriormente Imunoglobulina anti-D e prestado apoio no processo de luto.

Já em Bloco de Partos, foi feito o acompanhamento a uma utente, com idade superior a 35 anos, em processo de abortamento, com 30 semanas de gestação, gravidez não vigiada e que recorreu ao SUOG por ausência de movimentos fetais desde há três dias, tendo-se diagnosticado morte fetal, após realização de ecografia. Entrou na sala de partos com 5 cm de dilatação, com feto em apresentação pélvica. Ao longo deste processo, foi monitorizado o processo de abortamento e prestado apoio emocional à mulher que optou por estar sem nenhum acompanhante naquele momento. Aquando da expulsão, foi possível ter participação ativa no parto, juntamente com uma médica, e posteriormente, foram prestados cuidados de prevenção de complicações pós-aborto: administração de ocitocina endovenosa e administração de antibioterapia. Foram ainda prestados os cuidados ao feto, com apoio na recolha de amostras para análise (pelo médico pediatra),

identificada e acondicionada a placenta para anatomia patológica e prestados cuidados pós-morte ao feto. A mulher optou por não ver o feto, escolha que foi respeitada.

Em ambas as situações, foi importante prestar apoio emocional e demonstrar disponibilidade, sem interferir demasiado ou esperar respostas ou reações, que no momento imediato não foram visíveis.

Perante morte fetal, se a mulher/casal receberem cuidados de uma equipa que valorize as dimensões física, emocional e social, o processo de luto pode ser facilitado. Porém, verifica-se que os profissionais nem sempre estão preparados para prestar a assistência adequada nesse contexto, uma vez que, o impacto emocional decorrente de uma situação de morte fetal, é transversal também aos profissionais. Estão descritos sentimentos como insegurança e impotência, aliados ao défice de estratégias, aptidões e recursos, que influenciam nos cuidados prestados a estas mulheres (Schmalfuss et al., 2019).

Ao longo do estágio realizaram-se 318 exames pré-natais e foram vigiadas 150 gravidezes consideradas de risco (Apêndice C).

Competência 3: “Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o TP”

Descritivo: “Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o TP, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina.”

Atividades/ Reflexão: O TP, induzido ou espontâneo, constitui uma série de acontecimentos fisiológicos que levam ao apagamento cervical, à dilatação do colo uterino, à progressão fetal e à sua expulsão (Néné et al., 2016).

O desejo das mulheres por uma experiência de parto positiva pressupõe um TP e parto fisiológicos e que tenha em consideração as suas expectativas pessoais e socioculturais, um ambiente seguro, com apoio emocional de um acompanhante e profissionais de saúde competentes e cuidadosos. Ao serem cumpridos estes aspetos, a mulher sente realização pessoal e controlo, envolvendo-se na tomada de decisões, mesmo quando são necessárias intervenções médicas (WHO, 2018).

Para que seja alcançada uma experiência de parto positiva, a OMS (2018) desenvolveu uma diretriz com recomendações de cuidados intraparto, que garantem cuidados de qualidade, baseados

em evidências e que privilegiem o parto fisiológico. Da mesma forma, a International Confederation of Midwives [ICM] descreve as competências durante o TP e nascimento, privilegiando os processos fisiológicos para um parto seguro.

De acordo com a OMS, nas últimas décadas houve um aumento considerável de práticas que pretendem iniciar, precipitar, terminar, regularizar ou monitorizar o TP, com o objetivo de melhorar os resultados obstétricos e neonatais. Porém, verificou-se que essas intervenções tendem a impactar negativamente as experiências de parto para as mulheres (WHO, 2018).

O TP divide-se em quatro estádios: primeiro estágio (apagamento e dilatação do colo); segundo estágio (período expulsivo); terceiro estágio (dequitação) e quarto estágio (puerpério imediato). O primeiro estágio foi dividido, pela primeira vez, por Friedman em fase latente e fase ativa (Néné et al., 2016). Segundo as novas diretrizes da OMS, considera-se fase latente o período caracterizado por contrações uterinas dolorosas e irregulares e alterações variáveis do colo do útero, com dilatação até aos 5 cm. Já a fase ativa do TP é caracterizada por contrações dolorosas e regulares, com dilatação desde os 5 cm até à dilatação completa (WHO, 2018).

Quando a grávida dá entrada no SUOG em início de TP, em contexto de Admissão, é feito acolhimento, anamnese, confirmação acerca da regularidade das contrações, perda de líquido amniótico, perda de sangue e perceção dos movimentos fetais. De seguida, procede-se à monitorização do bem-estar materno-fetal, através da avaliação dos parâmetros vitais e realização de CTG, durante 20 a 30 minutos. De seguida, é colhido sangue para análises e colocado cateter venoso periférico, se a grávida concordar. De acordo com as queixas da grávida, é realizada cervicometria antes ou após os procedimentos descritos anteriormente.

Se a grávida estiver em TP, mas numa fase latente, é encaminhada para o Internamento de Grávidas. Neste sentido, foi possível promover ações que visassem o conforto e bem-estar da mulher e promover medidas de controlo da dor. Em mulheres grávidas saudáveis, com gravidez de baixo risco, promoveu-se a mobilidade e posições verticais, nomeadamente através de exercícios na bola de pilates, incentivaram-se técnicas de relaxamento, nomeadamente através da respiração e da música e foi incentivado o duche morno. Seguindo as recomendações da WHO (2018), em grávidas em estado latente do TP, foi realizada auscultação cardíaca fetal intermitente e realizada cervicometria consoante as queixas da grávida ou alterações no CTG.

Perante início da fase ativa do TP, é iniciado registo em Partograma e encaminhada a parturiente para o Bloco de Partos. Anexa-se o Partograma em vigor no local de estágio (Anexo

V), sublinhando a utilização dos planos De Lee para avaliar a descida fetal. Todo o decurso do TP é registado em Partograma pelos vários elementos da equipa, possibilitando visualizar a sua evolução e a continuidade dos cuidados, permitindo a referenciação de situações específicas para outros profissionais (e.g.: bradicardias, TP estacionário, líquido meconial).

O EEESMO deve otimizar a comunicação com as parturientes permitindo a transmissão de informação assertiva e, ao mesmo tempo, permitindo a partilha de sentimentos e emoções por parte da parturiente (Trindade et al., 2020). Assim, perante admissão da grávida na sala de partos, era feita a apresentação enquanto estudante de mestrado, recebendo sempre feedback positivo por parte das parturientes e pessoa significativa. Privilegiou-se a apresentação do espaço, mantendo um ambiente seguro e confortável durante o TP, havendo possibilidade de alterar a luminosidade e promover musicoterapia ou aromaterapia, consoante as preferências do casal.

Num momento inicial de entrada do casal na sala de partos, era discutido o plano de partos, quando existente. No sentido de compreender a frequência em CPNP, foram questionadas todas as parturientes a quem foi realizado o parto, concluindo que, num total de 62 partos realizados, apenas 23 mulheres frequentaram o curso e um número muito inferior fez plano de parto, por vezes de forma autónoma. Esta informação é corroborada por Hidalgo-Lopezosa et al. (2021) que conclui no seu estudo que, apesar da elaboração do plano de partos demonstrar resultados positivos na satisfação com a experiência de parto e nos resultados materno-fetais, apenas uma minoria das mulheres elabora este documento. Desta forma, devem ser feitos esforços para aumentar a consciencialização, tanto das mulheres e família, como dos profissionais de saúde que, por vezes, ainda oferecem alguma renitência perante este tema (Hidalgo-Lopezosa et al., 2021).

A dor intensa sentida durante o TP pode resultar em efeitos negativos para a parturiente, para a progressão do TP e para o bem-estar fetal. Para além de que enfrentar essa dor leva a sentimentos de medo e ansiedade que, por sua vez, num ritmo interdependente, aumenta ainda mais a dor (Nené et al., 2016). Neste sentido, de acordo com a OMS, as estratégias de alívio da dor são fundamentais nos cuidados intraparto, sendo a analgesia epidural, a analgesia opióide e as técnicas não farmacológicas aconselhadas para alívio da dor, consoante preferência da mulher (WHO, 2018). Assim, foi prestada colaboração ao médico anestesiologista na colocação de cateteres epidurais, administrada terapêutica opióide prescrita pelo médico e aconselhadas técnicas de controlo da dor, nomeadamente técnicas de respiração.

Ao longo da monitorização e avaliação do TP, foi realizada avaliação da estrutura pélvica em relação ao feto, permitindo visualizar a variedade fetal e compreender as queixas da parturiente e as causas de partos distócicos, nomeadamente por assinclitismo ou variedades posteriores, que muitas vezes terminam em ventosas. Durante os estágios, para além dos 62 partos eutócicos, foi possível ter participação ativa em 38 partos distócicos, englobando ventosas, fórceps e cesarinas de grávidas a quem foi acompanhado o TP. Foi ainda possível participar num parto eutócico gemelar e num parto pélvico (feto-morto) (Apêndice C), tendo sido duas experiências bastante enriquecedoras, realizadas em conjunto com a equipa médica.

Relativamente à rotura da bolsa amniótica, foram seguidas as recomendações da OMS e realizada amniotomia apenas quando verificada necessidade e nunca de forma rotineira perante evolução normal do TP (WHO, 2015). Perante necessidade de realizar amniotomia, vulgo RABA (Rotura artificial da Bolsa Amniótica), foi realizada com recurso a pinça de rotura, garantindo que a apresentação cefálica se encontrava bem apoiada no colo do útero, evitando prolapso do cordão. A RABA deve ser realizada quando existe necessidade de avaliar as características do líquido amniótico, em caso de necessidade de monitorização interna ou para promoção da evolução do TP (Bricker & Luckas, 2000). Após rotura da bolsa foi possível, em três situações específicas de parturientes obesas, colocar monitorização fetal interna. Foi ainda realizada a tentativa de uma quarta colocação de monitorização interna, não tendo sido possível devido a apresentação fetal muito alta, no plano -3.

Em contexto de Bloco de Partos, foi ainda possível realizar intervenções à parturiente com patologia associada, nomeadamente DG e pré-eclampsia, exigindo maior controlo e vigilância. No total, contabilizaram-se 61 vigilâncias de TP de risco (Apêndice C).

Atingido o segundo estágio do TP, importa ter em conta as recomendações da OMS que indicam que a duração do período expulsivo é variável, sublinhando que nas múltíparas pode ir até duas horas e nas primíparas até três horas (WHO, 2018). Esta informação foi extremamente importante transmitir aos casais e muitas vezes tranquilizá-los. Nesta fase, e uma vez mais, as competências comunicacionais são fundamentais, pois é um momento em que a parturiente se encontra cansada, por vezes desanimada, com um misto de sentimentos em que o EEESMO deve assumir uma atitude que transmita tranquilidade, sentido de humor, motivação e empatia.

Perante dilatação completa, incentivou-se a parturiente a realizar esforços expulsivos, tentando seguir o seu próprio impulso. Associado à analgesia epidural, verificou-se que, por vezes, a

perceção das contrações fica limitada e os esforços expulsivos ficam menos eficazes, nesses casos, foi necessário encorajar e orientar a parturiente a realizar esforços expulsivos mediante as contrações uterinas percebidas pelo profissional, mantendo, nesta fase, vigilância da FCF de forma contínua. Foi importante compreender os períodos de possível hipoxia fetal e as ações a tomar, nomeadamente apoiar a parturiente a manter uma respiração calma e eficaz, sendo muitas vezes a ação necessária para a melhoria da FCF.

A OMS preconiza que o uso limitado de episiotomia favorece uma experiência de parto positiva, recomendando a sua utilização de forma criteriosa (WHO, 2018). A decisão de realizar episiotomia não foi fácil, tendo sido extremamente importante o apoio das supervisoras clínicas nesses momentos. Todas as episiotomias foram realizadas com consentimento da parturiente. Para a prevenção do trauma perineal optou-se por realizar massagem perineal durante o segundo estágio do TP, com gel lubrificante. Esta técnica está associada a uma redução do risco de trauma perineal grave, como lacerações de terceiro e quarto grau (Aquino et al., 2020; Ferreira-Couto & Fernandes-Carneiro, 2017). Para além disso, também foi limitada a manipulação perineal durante o TP, evitando edema do períneo e permitindo a adaptação lenta dos tecidos às estruturas do feto. Relativamente à manobra de *Ritgen*, foi dada preferência ao apoio perineal simples. Estudos indicam que a versão modificada da manobra de *Ritgen*, para além de ser mais interventiva, não diminui o risco de laceração de terceiro e quarto grau (Ferreira-Couto & Fernandes-Carneiro, 2017). No total, foi necessário realizar 25 episiotomias, verificaram-se 12 lacerações de Grau II, 15 lacerações de Grau I e 10 períneos íntegros (Apêndice C).

Destacam-se algumas emergências obstétricas experienciadas: distocia de ombros (resolvida com manobra de McRoberts e Dublin 1), circulares cervicais apertadas (resolvidas com clampagem precoce do cordão) e placenta retida (resolvida com dequitação manual pela equipa médica). As emergências obstétricas são complicações agudas que exigem resposta imediata e põem em risco as mães e os fetos. Por serem situações raras, oferecem escassas oportunidades de treino real aos profissionais, o que acaba por comprometer a manutenção da experiência dos mesmos nestas situações. A resolução de emergências obstétricas exige conhecimento teórico, habilidades técnicas, capacidade de comunicação e de trabalho em equipa (Campos et al., 2011).

A clampagem tardia do cordão até pelo menos um minuto é recomendada pela OMS e foi uma prática comum, assim como o incentivo aos pais a realizarem o corte. Foi colhido sangue do cordão para tipagem sempre que a parturiente tinha grupo de sangue Rh negativo, para confirmação de

necessidade de profilaxia de Isoimunização Rh. Foram ainda colhidas células estamina para kit, de acordo com as recomendações de cada laboratório.

O terceiro estágio do TP, ou dequitação, termina com a expulsão da placenta, tendo sido adotada uma atitude expectante, tendo em conta que a maioria ocorre entre cinco a sete minutos após a expulsão do feto, podendo ir até aos 45 minutos (Nené et al., 2016).

Por fim, os cuidados perineais que exigiam sempre observação atenta e avaliação da integridade do canal vaginal. A realização de suturas cumpriu os cuidados de assepsia, efetuada sob analgesia epidural ou sob anestesia local. No total, foram realizadas 52 perineorráfias, aplicando-se gelo no local após terminar a sutura, de forma a reduzir o edema.

O momento que se seguia à sutura era destinado a explicar à puérpera os cuidados a ter com a ferida perineal, prevenção de infeção, controlo da dor e sinais de alerta. Relembrando as mesmas informações no puerpério imediato, quando possível. Caso não tivesse sido abordado anteriormente, era também introduzido o tema da amamentação, no sentido de conhecer os desejos e receios da puérpera.

Relativamente ao RN e à vinculação da díade/tríade, foram desenvolvidas competências através de: avaliação da adaptação do RN à vida extrauterina, avaliando o índice de APGAR; promoção de ambiente favorável à adaptação do RN à vida extrauterina, preparando o local antes do momento do parto e promovendo contacto pele-a-pele logo após o nascimento, com a mãe ou com o pai; prestação de cuidados ao RN, em cooperação com o pediatra, nomeadamente em casos de RN por cesariana e reanimação de RN; prestação dos primeiros cuidados ao RN, administrando Vitamina K 1mg intramuscular e promovendo a amamentação no período *Greenberg*, se essa fosse a vontade da mãe, sendo que durante o estágio todas as puérperas optaram por amamentar na primeira hora de vida.

No puerpério imediato, ou quarto estágio, foram prestados cuidados à puérpera e RN, que permanecem em alojamento conjunto e, muitas vezes, em contacto pele-a-pele, estabelecendo-se a amamentação.

Nas primeiras duas horas após o parto foram seguidas as recomendações da OMS, tendo sido feita avaliação do tónus uterino, prevenindo atonia uterina, avaliada involução uterina e perdas hemáticas vaginais. Os parâmetros vitais tensão arterial e frequência cardíaca também exigiram avaliação rotineira, assim como a micção espontânea (WHO, 2018). Por vezes foi necessário

realizar esvaziamento vesical, devido a globo vesical presente e ausência de sensibilidade da puérpera para urinar espontaneamente, devido à analgesia epidural.

Em Bloco de Partos, os registos são efetuados no Partograma e completados no sistema informático SClínico e *Omniview*. Realiza-se também o preenchimento do Parto Seguro, que consiste numa lista de verificação elaborada pela OMS e que deve ser preenchido em quatro momentos distintos: admissão, antes da expulsão (ou da cesariana), logo após o parto (no espaço de uma hora) e antes da alta (WHO, 2017).

Competência 4: “Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal.”

Descritivo: Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade.

Atividades/ Reflexão: Entende-se por puerpério o período que se inicia imediatamente após o parto e se prolonga até às seis semanas, ou 42 dias, e é uma fase caracterizada pela recuperação física e psicológica da mulher (DGS, 2015b). É, também, um momento crítico para os RN’s, pais e familiares (WHO, 2018).

Apesar de estar descrito por vários autores a duração de seis semanas, este tempo pode variar, sendo que durante este período, ocorrem diversas alterações fisiológicas, que são individuais e variáveis (Nené et al., 2016).

A OMS declara que os cuidados pós-natal são fundamentais na continuidade dos cuidados maternos, neonatais e infantis e que uma experiência pós-natal positiva é aquela em que as mulheres, RN’s, pais e famílias recebem apoio, de forma consistente, de profissionais de saúde motivados, que num sistema de saúde flexível, respeite as necessidades das mulheres e bebés, tendo em conta o seu contexto cultural (WHO, 2022b).

No puerpério, a pessoa cliente é a mulher numa perspetiva coletiva, considerando as suas necessidades, que podem ser enquanto mulher, mãe ou puérpera, assim como os elementos que a rodeiam: RN, homem/pai, casal, família e sociedade (OE, 2021b).

Assim, foi necessário identificar prioridades nos cuidados às puérperas e RN’s e compreender as expectativas culturais na adaptação ao pós-parto. Relativamente ao internamento, é essencial que os cuidados sejam devidamente planeados, visto ser um tempo relativamente curto. Os

cuidados devem centrar-se na recuperação da mulher, no seu bem-estar e na capacidade para cuidar dela e prestar cuidados ao RN, envolvendo sempre a pessoa significativa (Crum, 2006). Nos cuidados ao RN, a intenção foi sempre capacitar a puérpera/casal para tal, nomeadamente com o banho, muda da fralda, cuidados ao coto umbilical, cuidados com a pele, alertando para alterações normais e sinais e sintomas de alarme.

Para além de todas as mudanças físicas e psicológicas, o puerpério consiste num momento de transição para a parentalidade, que se caracteriza como um evento de profundas mudanças, que altera o autoconceito, os papéis sociais e as rotinas diárias, da mulher enquanto mãe, do homem enquanto pai e dos dois enquanto casal (Bogdan et al., 2022). Pela pertinência do tema, foi realizado um trabalho, em contexto de internamento de puerpério, com o tema: “Transição para a parentalidade: A intervenção do EEESMO” (Apêndice N), tendo sido apresentada, em forma de comunicação oral, na comemoração do Dia Internacional do EEESMO, no CHUA-F.

Na UCC, foram prestados cuidados a puérperas/RN's /casais, em contexto de cantinho da amamentação. Neste espaço, foi possível desenvolver competências ao nível do apoio ao AM, tendo sido identificados possíveis erros, planeadas e implementadas estratégias e avaliada a sua eficácia. Foram prestados cuidados a puérperas e casais que, por vezes, se encontravam ansiosos, receosos e preocupados, pelo que nesses momentos foi prestado suporte emocional. Neste contexto clínico, como referido anteriormente, foi realizado e apresentado um workshop para os pais e futuros pais e, posteriormente, afixado no cantinho da amamentação, um póster alusivo ao tema e intitulado “Modelo dos 5's com formas de acalmar o choro dos RN's.

No serviço de Internamento de Puerpério as intervenções realizadas à puérpera centraram-se na avaliação da mesma: avaliação da pele e mucosas, monitorização da dor, avaliação de parâmetros vitais, avaliação das mamas, mamilos e amamentação, avaliação do tônus uterino e involução uterina, avaliação dos lóquios, vigilância da ferida cirúrgica ou perineal e presença de hemorroidas, avaliação dos membros inferiores (edemas e perfusão periférica) e avaliação da dinâmica familiar e situação social.

O momento do puerpério acarreta alterações físicas, hormonais, fisiológicas e também psicológicas, sendo por isso um período intenso para a mulher (Nené et al., 2016). Se associado a este momento estiverem complicações ou patologias, o nível de exigência aumenta consideravelmente. Durante este estágio foram vivenciadas diversas situações de risco, quer seja a

nível patológico, quer seja a nível social, contabilizando-se um total de 78 puérperas de risco e 73 RN's de risco (Apêndice C).

Destaca-se a situação de uma puérpera com uma semana pós-cesariana, internada por infeção da ferida cirúrgica. Era uma puérpera obesa cujo tratamento com um aparelho de pressão negativa *Renasys* já tinha sido iniciado. A puérpera referia dor e a ferida emanava um cheiro fétido que se prolongava pelo corredor. Nesta situação, foi necessário prestar cuidados a vários níveis: tratamento da ferida, controlo da dor, apoio psicológico, ensinamentos sobre adoção de estilos de vida saudáveis e apoio nos cuidados ao RN, que no momento já estava a ser alimentado apenas com leite artificial, estando a puérpera a realizar inibição láctea.

Destaca-se, também, a situação de uma puérpera, refugiada ucraniana, com dois filhos anteriores e a gravidez atual mal vigiada. Neste caso, o risco associado era a situação social, uma vez que a puérpera tinha antecedentes de depressão, resultantes da pandemia e da guerra. O tempo despendido para apoiar esta puérpera foi longo, tendo sido pedida colaboração à assistente social, à psicologia e feita referenciação para a psiquiatria.

Sabe-se que uma depressão no período pré-natal pode condicionar o decurso da gravidez, visto que a mulher tende a ser mais pessimista, adotar comportamentos de risco, como fumar, consumir álcool ou drogas. A depressão deve ser despistada no período pré-natal para evitar situações patológicas psiquiátricas graves (Nené et al., 2016). A prevalência de depressão e ansiedade no período pós-parto é elevada, o que sugere que a avaliação da saúde mental neste período é crucial (Adams et al., 2023).

Para além destas situações, foram prestados cuidados a puérperas com outras complicações/patologias, nomeadamente: diabetes, hipertensão, anemia, esclerose múltipla, obesidade, síndrome de Hellp, infeção, depressão, entre outras, o que contribuiu para uma pesquisa sobre as patologias e o delineamento das intervenções a realizar.

Nos três dias de estágio em UCIN, de natureza observacional, foi possível visualizar a prestação de cuidados a RN's de risco, nomeadamente prematuros e com patologias associadas, o que demonstrou ser bastante enriquecedor. Para além disso, foi um momento de aprendizagem importante, no que se refere ao envolvimento dos pais nos cuidados.

Relativamente ao AM, para além da UCC, também foram desenvolvidas competências nesta área ao nível do Internamento de Puerpério, UCIN e Bloco de Partos. As ações de apoio ao AM destinaram-se a todas as mulheres que manifestaram desejo em amamentar, tendo sido fornecidas

informações sobre os sinais de boa pega, posicionamentos, prevenção de fissuras nos mamilos, capacitação sobre sinais e sintomas de mastite, sinais de descida do leite e cuidados a ter. Foi necessário seleccionar a informação a transmitir tendo em conta o período de puerpério em questão e de acordo com cada contexto clínico e social.

No processo de AM, foi fundamental o aconselhamento sobre o tema, de forma a aumentar o conhecimento materno e, assim, reduzir sentimentos de insegurança e ideias pouco informadas que poderiam contribuir para o abandono da amamentação (Lopes & Chora, 2019). O EEESMO é um dos principais potenciadores da adesão ao AM, uma vez que, pela sua formação, tem maior sensibilidade e conhecimentos para a promoção do mesmo, ao mesmo tempo que oferece apoio perante as dificuldades sentidas pela mãe e bebé (Ferreira et al., 2018).

Competência 5: Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério.

Descritivo: Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério, no sentido de potenciar a saúde, apoiando o processo de transição e adaptação à menopausa.

Atividades/ Reflexão: O climatério corresponde ao período de transição entre a fase reprodutiva de uma mulher e o seu termo. É um período marcado pela descida da função ovárica, com consequente hipoestrogenismo, iniciando-se pela alteração do padrão menstrual e estando associado a uma série de sinais e sintomas (Secção Portuguesa de Menopausa, 2021). Menopausa, por sua vez, é o termo utilizado quando se atinge 12 meses de amenorreia, significando o fim da capacidade reprodutiva da mulher. As ondas de calor e os suores noturnos são os sintomas mais comuns na menopausa e período de climatério, não sendo, porém, sentidos por todas as mulheres nem com a mesma intensidade (Minkin, 2019).

No decorrer do estágio em contexto de SUOG-Admissão, foi possível contactar com mulheres nesta fase da vida e perceber a desinformação existente acerca da diferença entre estes dois termos e o que diferencia cada um deles. Assim, tentou-se capacitar a mulher para a sua saúde sexual e reprodutiva, clarificando a fase da vida em que se encontrava e as possíveis alterações físicas e psíquicas daí decorrentes. Estudos demonstram o aumento do risco de sintomas depressivos em mulheres após a menopausa, assim como aumento da ansiedade e sono comprometido, relacionando-se não só com os baixos níveis de estrogénio, como também com fatores pessoais, psicossociais e estilo de vida (Talaulikar, 2022).

Verificou-se que os principais motivos de vinda ao SU foram: metrorragias, secura vaginal, ardor e irritação vaginal, disúria, infeções urinárias de repetição e, ainda, dispareunia. As mudanças hormonais impactam a saúde da mulher a longo prazo, pelo que é importante informá-las sobre esse risco, permitindo que exponham as suas dúvidas e conheçam formas de otimizar o seu bem-estar (Taulikar, 2022).

Neste sentido, foi possível desenvolver competências, através das seguintes intervenções: identificação de alterações físicas, psicológicas, emocionais e sexuais decorrentes do climatério e cooperação com outros profissionais nos cuidados à mulher com complicações associadas ao climatério.

Competência 6: Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica.

Descritivo: Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica no sentido de potenciar a saúde.

Atividades/ Reflexão: Ao longo do estágio no SUOG-Admissão, foi possível ter contacto com mulheres com diversas patologias e alterações ginecológicas, destacando-se: mioma uterino, prolapso uterino, cistocelo, metrorragias, mola hidatiforme, infeções vaginais, infeção da glândula de *Bartholin*, gravidez ectópica, suspeita de endometriose, doença inflamatória pélvica (DIP), nódulos mamários, infeções sexualmente transmissíveis (como o herpes genital), cancro do colo do útero, entre outras.

Neste contexto, sublinha-se a cooperação com outros profissionais de saúde, essencialmente equipa médica, na realização de exames vaginais, como sendo a colocação de espéculo para visualização do canal vaginal e colo do útero, ecografia vaginal, colheita de espécimes para análise, nomeadamente exsudado ou tecido endometrial com microcureta *endosampler* e colocação de pessários.

No estágio de CSP, em contexto de USF, foi possível participar em consultas de saúde da mulher, onde foram realizadas citologias e prestado apoio na colocação de métodos contraceptivos, DIU e Implante.

Foram ainda prestados cuidados destinados à avaliação, estabilização e conforto da utente, como a avaliação de parâmetros vitais, transfusão sanguínea, soroterapia, administração de medicação e transferência da utente para o serviço de internamento de Ginecologia.

Independentemente da sintomatologia, uma prioridade nos cuidados a estas mulheres foi a orientação para estilos de vida saudáveis, importância da vigilância da saúde ginecológica e reconhecimento de sinais e sintomas de alerta que possam evidenciar alterações na sua saúde.

Ao longo dos estágios foram prestados cuidados a um total de 49 mulheres com afeções ginecológicas.

Competência 7: Cuida o grupo -alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade.

Descritivo: Cuida o grupo-alvo promovendo cuidados de qualidade, culturalmente sensíveis e congruentes com as necessidades da população.

Atividades/ Reflexão: Os cuidados especializados prestados pelo EEESMO às mulheres em idade fértil devem ir ao encontro daquela que é a sua missão de promoção da saúde e transições saudáveis, que envolvem a saúde ginecológica, sexual e reprodutiva (OE, 2021b).

Desta forma, durante o ENPRF, procurou-se promover gravidezes planeadas e vivências positivas da sexualidade, aconselhando a mulher sobre métodos contraceptivos, recursos existentes na comunidade e estilos de vida saudáveis, sublinhando, sempre que necessário, os riscos inerentes a maus hábitos de saúde, nomeadamente tabagismo e obesidade.

Durante o período pré-natal procurou-se detetar precocemente complicações, associadas tanto à própria gravidez, como à condição socioeconómica e familiar da mulher. Foi exemplo uma grávida internada, com gravidez mal vigiada e com comportamentos de risco (consumo de drogas). Apesar de a maioria das mulheres reduzir ou abandonar o consumo de drogas durante a gravidez, algumas continuam a consumir a mesma quantidade pré-gravidez, o que culmina na maior parte das vezes em parto prematuro, RN com baixo peso ao nascer e com outras complicações associadas. A gravidez e o pós-parto são períodos, por vezes únicos, de contacto destas mulheres com os profissionais de saúde, tornando-se imperativo que, nessas situações, os profissionais consigam apresentar informações, recursos e apoios para estas mulheres e famílias. Importa reforçar que estas grávidas frequentemente têm uma história de vida complexa, que pode incluir trauma, abuso físico ou sexual na infância, violência doméstica, ou outras situações. Assim, é importante a utilização de uma linguagem correta, que não transmita estigma ou preconceito, mas sim centrada na pessoa e promotora da recuperação (Barber & Terplan, 2023).

A multiculturalidade, por sua vez, foi um desafio ao longo de todo o estágio. Foram prestados cuidados a mulheres/casais de várias nacionalidades, podendo-se constatar como a cultura e a etnicidade definem a forma de pensar, os comportamentos, a tomada de decisão e a definição dos eventos e experiências. Já as diferenças linguísticas foram as barreiras mais difíceis de ultrapassar, tendo sido importante a adoção de estratégias na forma de comunicar e, ao mesmo tempo, tentando respeitar os costumes, rituais e crenças de cada um.

Ao longo do estágio e nas mais diversas situações, tentou-se promover a educação para a saúde, incentivando à autonomia e ao autocuidado. O Modelo de Nola Pender é transversal a todas as fases de vida e permite uma abordagem focada no processo biopsicossocial individual, que leva a pessoa a refletir sobre os comportamentos anteriores que levavam a estilos de vida pouco saudáveis. A idade, o IMC, a definição pessoal de saúde, a autoestima, a etnia e o nível de educação são alguns dos fatores que interferem nas ações relacionadas com a saúde. Com vista aos resultados, os conhecimentos adquiridos e a motivação são elementos fundamentais para alcançar o fim pretendido. O enfermeiro tem um papel fundamental nesta fase, em que se pretende que sejam compreendidos os benefícios advindos da mudança de comportamento. Importa ainda compreender as dificuldades que podem constituir barreiras ao processo de mudança, assim como a visão sobre si mesma sobre a capacidade de executar determinado comportamento, sabendo-se que o julgamento de uma maior autoeficácia leva à perceção de menos barreiras (Tomey & Alligood, 2004).

O ambiente de trabalho em obstetrícia é por vezes complexo e os profissionais enfrentam diariamente situações únicas e desafiadoras. Desta forma, o papel do supervisor clínico é extremamente importante na implementação de bases e na facilitação dos alunos para uma aprendizagem transformadora, baseada na experiência e na reflexão (Bass et al., 2020). A dedicação e disponibilidade por parte das supervisoras que me acompanharam nesta jornada foi, sem dúvida, fundamental para a aquisição das competências descritas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Relatório Final é o culminar de um percurso formativo de dois anos que se iniciou com uma fase teórica, no primeiro ano, seguindo-se de uma fase prática, no segundo ano, através do Estágio de Natureza Profissional. Todo o percurso até à realização do presente relatório caracteriza-se como um processo contínuo de aprendizagem, onde a teoria é transferida para a prática. Posteriormente, através da análise reflexiva das competências adquiridas ao longo do período de estágio surge, por fim, o Relatório Final, que deverá ser posteriormente defendido para a aquisição do grau de Mestre.

O caminho percorrido durante todo o Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica tem tanto de desafiante, como de gratificante, constituindo-se, acima de tudo, uma grande oportunidade de desenvolvimento pessoal e profissional.

A Enfermagem conta com a prática baseada na evidência para a sua evolução e deve seguir as preocupações mundiais relativamente à saúde e, neste sentido, procurou-se desenvolver uma temática atual e desafiante. Através da revisão integrativa da literatura, desenvolveu-se o tema “Obesidade na gravidez e trabalho de parto: Intervenção das Enfermeiras Obstétricas”, que permitiu perceber que ainda existe um longo caminho a percorrer na prestação de cuidados à mulher obesa, nomeadamente nas estratégias comunicacionais, no controlo de peso preconcecional e, até, nos equipamentos existentes nos serviços, que muitas vezes não se adequam.

Ao incidir sobre a temática e, através da comunicação com a população-alvo, vivenciaram-se as dificuldades em promover estilos de vida saudáveis e melhorar a qualidade de vida, pois a abordagem nem sempre foi bem aceite pelas mulheres. Desta forma, o Modelo Teórico de Nola Pender parece essencial para direcionar as intervenções, de acordo com as suas variáveis. Conclui-se que existe necessidade de maior investimento nesta área, quer seja pela prevenção de obesidade, pelo seu tratamento ou pelas estratégias e cuidados a ter perante grávidas e parturientes obesas. Considera-se igualmente importante incidir sobre a obesidade no pós-parto, uma vez que quando mulheres com excesso de peso ou obesidade não recuperam o peso após o parto, existe uma grande probabilidade de virem a iniciar uma nova gravidez com o IMC elevado.

Considera-se que os objetivos propostos inicialmente foram atingidos e, findando este percurso académico, fica o compromisso de melhoria contínua, com a constante procura de evidência científica que permita a prestação dos melhores cuidados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACOG. (2019). Ethical Considerations for the Care of Patients With Obesity. *Obstetrics & Gynecology*, 133, 90-96.
- Adams, Y. J., Miller, M. L., Agbenyo, J. S., Ehla, E. E., & Clinton, G. A. (2023). Postpartum care needs assessment: women's understanding of postpartum care, practices, barriers, and educational needs. *BMC Pregnancy Childbirth*, 23(1), 502. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05813-0>
- Adwani, N., Fouly, H., & Omer, T. (2021). Assessing the Impact of Obesity on Pregnancy and Neonatal Outcomes among Saudi Women. *Nurs Rep*, 11(2), 279-290. <https://doi.org/10.3390/nursrep11020027>
- Akgol, S., Rapisarda, A. M. C., Budak, M. S., Caruso, S., Cianci, A., Reyes-Muñoz, E., . . . Kahramanoğlu, İ. (2020). The effect of obesity on the onset of spontaneous labor and scheduled delivery rates in term pregnancies. *Taiwan J Obstet Gynecol*, 59(1), 34-38. <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2019.10.002>
- Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *14*, 373-382. <https://www.scielo.br/j/tce/a/DYhM34cLHw3zSjvQTR63njik/?format=pdf> {=pt
- Alvares, A. S., Corrêa, Á., Nakagawa, J. T. T., Valim, M. D., Jamas, M. T., & Medeiros, R. M. K. (2020). Hospital obstetric practices and their repercussions on maternal welfare. *Rev Esc Enferm USP*, 54, e03606. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018039003606>
- American Academy of Pediatrics. (2015). The Apgar Score. *Pediatrics*, 136(4). <https://doi.org/10.1542/peds.2015-2651>
- Angeliki, A., Dimitrios, P., & Chara, T. (2020). Maternal obesity and its association with the mode of delivery and the neonatal outcome in induced labour: Implications for midwifery practice. *Eur J Midwifery*, 2, 4. <https://doi.org/10.18332/ejm/85792>
- Angolile, C. M., Max, B. L., Mushemba, J., & Mashauri, H. L. (2023). Global increased cesarean section rates and public health implications: A call to action. *Health Sci Rep*, 6(5), e1274. <https://doi.org/10.1002/hsr2.1274>
- Aquino, C. I., Guida, M., Saccone, G., Cruz, Y., Vitagliano, A., Zullo, F., & Berghella, V. (2020). Perineal massage during labor: a systematic review and meta-analysis of randomized

- controlled trials. *J Matern Fetal Neonatal Med*, 33(6), 1051-1063.
<https://doi.org/10.1080/14767058.2018.1512574>
- Ayres de Campos, D., Spong, C., & Chandrachan, E. (2015). Diretrizes do consenso da FIGO sobre fetos intrapartomonitoramento: Cardiotocography. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 13-24.
- Ballesta-Castillejos, A., Gómez-Salgado, J., Rodríguez-Almagro, J., Ortiz-Esquinas, I., & Hernández-Martínez, A. (2020). Relationship between Maternal Body Mass Index and Obstetric and Perinatal Complications. *J Clin Med*, 9(3).
<https://doi.org/10.3390/jcm9030707>
- Barber, C. M., & Terplan, M. (2023). Principles of care for pregnant and parenting people with substance use disorder: the obstetrician gynecologist perspective. *Front Pediatr*, 11, 1045745. <https://doi.org/10.3389/fped.2023.1045745>
- Barboza, B., Calil, C., Trigo, I., Eller, J., Silva, L., & Vaz, M. (2019). Idade materna avançada e seus desfechos. *Cadernos de Medicina*, 2(3), 146-151.
- Bass, J., Sidebotham, M., Creedy, D., & Sweet, L. (2020). Midwifery students' experiences and expectations of using a model of holistic reflection. *Women Birth*, 33(4), 383-392.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.06.020>
- Behboudi-Gandevani, S., Bidhendi-Yarandi, R., Panahi, M. H., Mardani, A., Paal, P., Prinds, C., & Vaismoradi, M. (2022). Adverse Pregnancy Outcomes and International Immigration Status: A Systematic Review and Meta-analysis. *Ann Glob Health*, 88(1), 44.
<https://doi.org/10.5334/aogh.3591>
- Bell, C. H., Muggleton, S., & Davis, D. L. (2022). Birth plans: A systematic, integrative review into their purpose, process, and impact. *Midwifery*, 111, 103388.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103388>
- Betran, A. P., Ye, J., Moller, A. B., Souza, J. P., & Zhang, J. (2021). Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates. *BMJ Glob Health*, 6(6).
<https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-005671>
- Bjørsmo, E. H., Sandsæter, H. L., & Horn, J. (2022). Knowledge, experiences and attitudes of midwives in maternity care in encounters with pregnant women with obesity - are adverse childhood experiences understood and explored as a contributing factor? *Midwifery*, 114, 103461. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103461>

- Bogdan, I., Turliuc, M., & Condel, O. (2022). Transition to Parenthood and Marital Satisfaction: A Meta-Analysis *Frontiers in Psychology*, 13.
- Bricker, L., & Luckas, M. (2000). Amniotomy alone for induction of labour. In. Cochrane Library.
- Campos, D., Silva, I., & Costa, F. (2011). *Emergências Obstétricas* (Lidel, Ed.).
- Cavale, V., Dheeraj, B. N., Appaji, A. M., & Ieee. (2019). Manual to Digital Transition of Partogram in Labour - Existing Gaps and Solution. *2019 11th International Conference on Communication Systems & Networks*, 817-822.
- Christenson, A., Torgerson, J., & Hemmingsson, E. (2020). Attitudes and beliefs in Swedish midwives and obstetricians towards obesity and gestational weight management. *BMC Pregnancy Childbirth*, 20(1), 755. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03438-1>
- Cobec, I. M., Varzaru, V. B., Kövendy, T., Kuban, L., Eftenoiu, A. E., Moatar, A. E., & Rempen, A. (2022). External Cephalic Version-A Chance for Vaginal Delivery at Breech Presentation. *Medicina (Kaunas)*, 58(11). <https://doi.org/10.3390/medicina58111619>
- Costa, P., Vieira, C., Vieira, B., Lanzinha, A., & Costa, V. (2022). Maternal and fetal consequences of inappropriate weigh gain and obesity in pregnancy: what do pregnant women know? *Acta Obstet Ginecol Port*, 3, 201-211.
- Crum, K. (2006). Cuidados de enfermagem no quarto trimestre. In Lusodidacta (Ed.), *Enfermagem na Maternidade* (7ª ed.).
- Darling, A. M., Wang, D., Perumal, N., Liu, E., Wang, M., Ahmed, T., . . . Consortium, m. o. t. G. P. P. (2023). Risk factors for inadequate and excessive gestational weight gain in 25 low- and middle-income countries: An individual-level participant meta-analysis. *PLoS Med*, 20(7), e1004236. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1004236>
- Deshpande, S., Kinnunen, T. I., Khadilkar, A., Unni, J., Khanijo, V., Donga, N., & Kulathinal, S. (2023). Pre-pregnancy weight, the rate of gestational weight gain, and the risk of early gestational diabetes mellitus among women registered in a tertiary care hospital in India. *BMC Pregnancy Childbirth*, 23(1), 586. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05907-9>
- Interrupção Medicamentosa da Gravidez. Circular normativa n°9/SR, (2007). https://www.spdc.pt/files/legix/11268_3.pdf
- DGS. (2008). *Saúde Reprodutiva: Planeamento Familiar*. https://www.spdc.pt/files/publicacoes/11230_2.pdf

- DGS. (2015a). *Orientação da Direção-Geral da Saúde: Indução do trabalho de parto*. <https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/guideline/PRT-MN-32-03-GUIDELINE-2015-prt-2915-DGS-IPT.pdf>
- DGS. (2015b). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde
- DGS. (2015c). *Registo de Indicações de Cesariana*. Retrieved 22 agosto from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012015-de-19012015-pdf.aspx>
- DGS. (2015d). *Trabalho de parto estacionário*. Retrieved 22 agosto from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0012015-de-19012015-pdf.aspx>
- DGS. (2017). *Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos*. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf
- DGS. (2020). *Cursos de preparação para o parto e parentalidade – CPPP e Cursos de recuperação pós-parto – CRPP: Equidade na transição para a maternidade e a paternidade*. Retrieved from <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/sr-cursos-parto-pdf.aspx>
- DGS. (2022). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030*. Retrieved from https://pns.dgs.pt/files/2022/12/PNS2021-2030_FINAL-para-Edicao.pdf
- DGS. (2023a). *Norma DGS: Organização dos cuidados de saúde na preconceção, gravidez e puerpério*. 27 de janeiro de 2023. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/03/norma_001_2023_org_cuidados_preconcecao_gravidez_puerperio.pdf
- DGS. (2023b). *Orientação nº002/2023: Cuidados de saúde durante o trabalho de parto*. <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/orientacao-0022023-cuidados-de-saude-durante-o-trabalho-de-parto-pdf.aspx>
- Ellis, J. A., Brown, C. M., Barger, B., & Carlson, N. S. (2019). Influence of Maternal Obesity on Labor Induction: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Midwifery Womens Health*, 64(1), 55-67. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12935>

- EPortugal. (2023). *Assistência na gravidez* - ePortugal.gov.pt. <https://eportugal.gov.pt/guias/apoio-a-familia/assistencia-na-gravidez>
- Ferreira, H., Oliveira, M., Bernardo, E., Almeida, P., Aquino, P., & Pinheiro, A. (2018). Fatores associados à adesão ao aleitamento materno exclusivo. *Ciência & Saúde Coletiva*.
- Ferreira, S. V., Soares, M. C., Cecagno, S., Alves, C. N., Soares, T. M., & Braga, L. R. (2019). Cuidado de enfermagem na ótica das gestantes de alto risco. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, 7(2), 143-150.
- Ferreira-Couto, C., & Fernandes-Carneiro, M. (2017). Prevenção do traumatismo perineal: uma revisão integrativa da literatura. *Enfermería Global*, 16.
- Frolova, A. I., Raghuraman, N., Stout, M. J., Tuuli, M. G., Macones, G. A., & Cahill, A. G. (2021). Obesity, Second Stage Duration, and Labor Outcomes in Nulliparous Women. *Am J Perinatol*, 38(4), 342-349. <https://doi.org/10.1055/s-0039-1697586>
- Frolova, A. I., Stout, M. J., Carter, E. B., Macones, G. A., Cahill, A. G., & Raghuraman, N. (2021). Internal fetal and uterine monitoring in obese patients and maternal obstetrical outcomes. *Am J Obstet Gynecol MFM*, 3(1), 100282. <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2020.100282>
- García-Valdivieso, I., Yáñez-Araque, B., Moncunill-Martínez, E., Bocos-Reglero, M. J., & Gómez-Cantarino, S. (2023). Effect of Non-Pharmacological Methods in the Reduction of Neonatal Pain: Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*, 20(4). <https://doi.org/10.3390/ijerph20043226>
- González, C., Días, E., & García, I. (2021). *Brazilian Journal of Anesthesiology*. 214-220.
- González-Plaza, E., Bellart, J., Martínez-Verdú, M., Arranz, Á., Luján-Barroso, L., & Seguranyes, G. (2022). Pre-pregnancy overweight and obesity prevalence and relation to maternal and perinatal outcomes. *Enferm Clin (Engl Ed)*, 32 Suppl 1, S23-S30. <https://doi.org/10.1016/j.enfcle.2021.04.006>
- Hidalgo-Lopezosa, P., Cubero-Luna, A. M., Jiménez-Ruz, A., Hidalgo-Maestre, M., Rodríguez-Borrego, M. A., & López-Soto, P. J. (2021). Association between Birth Plan Use and Maternal and Neonatal Outcomes in Southern Spain: A Case-Control Study. *Int J Environ Res Public Health*, 18(2). <https://doi.org/10.3390/ijerph18020456>
- Hoover, E. A., & Louis, J. M. (2019). Optimizing Health: Weight, Exercise, and Nutrition in Pregnancy and Beyond. *Obstet Gynecol Clin North Am*, 46(3), 431-440. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2019.04.003>

- Indarti, J., Susilo, S. A., Hyawicaksono, P., Berguna, J. S. N., Tyagitha, G. A., & Ikhsan, M. (2021). Maternal and Perinatal Outcome of Maternal Obesity at RSCM in 2014-2019. *Obstet Gynecol Int*, 2021, 6039565. <https://doi.org/10.1155/2021/6039565>
- INE. (2022). *População residente (N.º) por Local de residência (à data dos Censos 2021), Sexo e Grupo etário*. Retrieved from <https://tabulador.ine.pt/indicador/?id=0011609>
- INE. (2023). *Estatísticas vitais, Dados mensais*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdestboui=593971225&DESTAQUESmodo=2
- Instituto Nacional de Estatística. (2020). *Proporção da população residente com 18 e mais anos com excesso de peso ou obesidade por local de residência*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0010212&contexto=bd&selTab=tab2
- Jaros, R., Barnova, K., Vilimkova Kahankova, R., Pelisek, J., Litschmannova, M., & Martinek, R. (2023). Independent component analysis algorithms for non-invasive fetal electrocardiography. *PLoS One*, 18(6), e0286858. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0286858>
- Khair, H., Bataineh, M. F., Zareba, K., Alawar, S., Maki, S., Sallam, G. S., . . . Ali, H. I. (2023). Pregnant Women's Perception and Knowledge of the Impact of Obesity on Prenatal Outcomes-A Cross-Sectional Study. *Nutrients*, 15(11). <https://doi.org/10.3390/nu15112420>
- Khalifa, E., El-Sateh, A., Zeeneldin, M., Abdelghany, A. M., Hosni, M., Abdallah, A., . . . Mohammad, H. (2021). Effect of maternal BMI on labor outcomes in primigravida pregnant women. *BMC Pregnancy Childbirth*, 21(1), 753. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04236-z>
- Langley-Evans, S. C., Pearce, J., & Ellis, S. (2022). Overweight, obesity and excessive weight gain in pregnancy as risk factors for adverse pregnancy outcomes: A narrative review. *J Hum Nutr Diet*, 35(2), 250-264. <https://doi.org/10.1111/jhn.12999>
- Leslie, J. L., & Lonneman, W. (2016). Promoting Trust in the Registered Nurse-Patient Relationship. *Home Healthc Now*, 34(1), 38-42. <https://doi.org/10.1097/NHH.0000000000000322>

- Liu, B., Thilaganathan, B., & Bhide, A. (2023). Effectiveness of ambulatory non-invasive fetal electrocardiography: impact of maternal and fetal characteristics. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 102(5), 577-584. <https://doi.org/10.1111/aogs.14543>
- Lopes, J., & Chora, M. A. (2019). Aleitamento materno. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 5(2), 1797-1809.
- Marujo, A., Rosado, V., Machado, A., & Campos, A. (2017). Maturação cervical com Sonda de Foley: experiência de um centro terciário. *Acta Obstet Gynecol Port*, 11, 84-90.
- Maxwell, C., Gaudet, L., Cassir, G., McLeod, N., Jacob, C., & Walker, M. (2019). Guideline No. 391- Pregnancy and Maternal Obesity Part 1: Pre-conception and Prenatal Care. *Journal of Obstetrics and Gynecology Canada*, 41(11), 1623-1640.
- Maxwell, C., Gaudet, L., Cassir, G., McLeod, N. L., Jacob, C.-É., & Walker, M. (2019). Guideline No. 391- Pregnancy and Maternal Obesity Part 1: Pre-conception and Prenatal Care. *Journal of Obstetrics and Gynecology Canada*, 41(11), 1623-1640.
- Maxwell, C., Gaudet, L., Cassir, G., Nowik, C., Jacob, C.-É., & Walker, M. (2019). Guideline No. 392-Pregnancy and Maternal Obesity Part 2: Team Planning for Delivery and Postpartum Care. *Journal o Obstetrics and Gynaecology Canada*, 41(11), 1660-1675.
- Maxwell, C. V., Shirley, R., O'Higgins, A. C., Rosser, M. L., O'Brien, P., Hod, M., . . . Health, F. C. o. I. o. P. o. L.-t. H. a. t. F. D. o. M. a. N. (2023). Management of obesity across women's life course: FIGO Best Practice Advice. *Int J Gynaecol Obstet*, 160 Suppl 1(Suppl 1), 35-49. <https://doi.org/10.1002/ijgo.14549>
- Mbakaya, B. C., Kalembo, F. W., Zgambo, M., Konyani, A., Lungu, F., Tveit, B., . . . Bvumbwe, T. (2020). Nursing and midwifery students' experiences and perception of their clinical learning environment in Malawi: a mixed-method study. *BMC Nurs*, 19, 87. <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00480-4>
- McCarthy, B., Trace, A., O'Donovan, M., Brady-Nevin, C., Murphy, M., O'Shea, M., & O'Regan, P. (2018). Nursing and midwifery students' stress and coping during their undergraduate education programmes: An integrative review. *Nurse Educ Today*, 61, 197-209. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.11.029>
- Minayo, M. C. (2001). *Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade* (18 ed.). Vozes.
- Ministério da Saúde. (2022). *Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto*.

- Minkin, M. (2019). *Menopause: Hormones, Lifestyle, and Optimizing Aging*.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0889854519300518?via%3Dihub>
- Monson, M., Heuser, C., Einerson, B. D., Esplin, I., Snow, G., Varner, M., & Esplin, M. S. (2020). Evaluation of an external fetal electrocardiogram monitoring system: a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol*, 223(2), 244.e241-244.e212.
<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.02.012>
- Moraes, O. (2018). Aborto: classificação, diagnóstico e conduta. In *Protocolos Febrasgo*.
- Nascimento, N., Borges, A. L., & Fugimori, E. (2019). Preparo pré-concepcional entre mulheres com gravidez planejada. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72, 22-29.
- Nené, M., Marques, R., & Batista, M. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1ª ed.).
- NICE. (2010). *Recommendations / Weight management before, during and after pregnancy / Guidance / NICE*. NICE. Retrieved 31 julho from
<https://www.nice.org.uk/guidance/ph27/chapter/Recommendations#recommendation-1-preparing-for-pregnancy-women-with-a-bmi-of-30-or-more>
- NICE. (2017). *Surveillance report 2017 – Weight management before, during and after pregnancy (2010) NICE guideline PH27*.
<https://www.nice.org.uk/guidance/ph27/resources/surveillance-report-2017-weight-management-before-during-and-after-pregnancy-2010-nice-guideline-ph27-pdf-5733647990773>
- NICE. (2019). *Intrapartum care for Health and Care Excellence: Guidelines*. National Institute for Health and Care Excellence (NICE).
- NIDCAP. (2022). *NIDCAP Federation International*. Retrieved 08 dezembro from
<https://nidcap.org/about-us/our-work/model-and-impact/>
- Néné, M., Marques, R., & Batista, M. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*.
- OE. (2012). *Combater a desigualdade: da evidência à ação*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8904/ind-kit-2012-final-portugu%C3%AAs_vfinal_correto.pdf
- OE. (2015a). *Livro de Bolso- Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/ Parteiras*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/LivroBolso_EESMO.pdf

- OE. (2015b). *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE): Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro*. Retrieved from <https://www.chualgarve.min-saude.pt/instituicao/>
- OE. (2017). Parecer n.º 21/2017- Cálculo de dotações seguras nos cuidados de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. In.
- OE. (2019a). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica* Diário da República
- OE. (2019b). *Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República
- OE. (2019c). *Regulamento n.º 743/2019: Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. Retrieved from <https://files.dre.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>
- OE. (2021a). *Iniciativa da Mesa do Colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica: Preparação para o Parto*. Retrieved from https://ordemenfermeiros.pt/media/21879/pronuncia-mceesmo_14-2021_prepara%C3%A7%C3%A3o-para-o-parto.pdf
- OE. (2021b). *Padrões de Qualidade nos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Retrieved 16 de outubro from Microsoft Word - Ponto 3_Padrões Qualidade CEESMO.docx (ordemenfermeiros.pt)
- OE. (s.d). *Projeto Maternidade com Qualidade*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/projeto-maternidade-com-qualidade/>
- OECD. (2015). *OECD Reviews of Health Care Quality: Portugal 2015*. Retrieved from <https://www.oecd.org/health/health-systems/Review-of-Health-Care-Quality-Portugal-Executive-Summary.pdf>
- OECD. (2021). *Portugal: Perfil de Saúde do País 2021 | READ online*. @oecd. https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/portugal-perfil-de-saude-do-pais-2021_766c3111-pt
- OECD. (2022). *Health at a Glance: Europe 2022*. <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/507433b0-en.pdf?expires=1690561343&id=id&accname=guest&checksum=831DDCF7889FE1F2F0A85146ED16211B>
- Oliveira, C. R. (2021). *Indicadores de integração de imigrantes: relatório estatístico*

anual

2021.

<https://eurocid.mne.gov.pt/sites/default/files/repository/paragraph/documents/19245/relatorio-estatistico-anual-20210.pdf>

ONU. (2022). *Relatório da ONU diz que 50% das gravidezes no mundo não são planejadas.*

Retrieved 02 agosto from <https://news.un.org/pt/story/2022/03/1784602>

Otero-Naveiro, A., Gómez-Fernández, C., Álvarez-Fernández, R., Pérez-López, M., & Paz-Fernández, E. (2021). Maternal and fetal outcomes during pregnancy and puerperium in obese and overweight pregnant women. A cohort study. *Arch Gynecol Obstet*, 304(5), 1205-1212. <https://doi.org/10.1007/s00404-021-06059-x>

Pacheco-Romero, J. (2017). Gestación en la mujer obesa: consideraciones especiales. *Anales de la Facultad de Medicina*, 78(2), 207-214.

Peraçoli, J., Borges, V., Ramos, J., Cavalli, R., Costa, S., Oliveira, L., . . . Filho, E. (2019). Pré-eclâmpsia/ eclâmpsia. *Femina*, 47(5), 258-273.

Pomar, L., Favre, G., de Labrusse, C., Contier, A., Boulvain, M., & Baud, D. (2022). Impact of the first wave of the COVID-19 pandemic on birth rates in Europe: a time series analysis in 24 countries. *Hum Reprod*, 37(12), 2921-2931. <https://doi.org/10.1093/humrep/deac215>

PORDATA. (2021). *O seu município em números!* <https://www.pordata.pt/municipios/quadro+resumo/faro-822232>

PORDATA. (2022). *Nados-vivos de mães residentes em Portugal: total e por nacionalidade da mãe.*

<https://www.pordata.pt/portugal/nados+vivos+de+maes+residentes+em+portugal+total+e+por+nacionalidade+da+mae-2512>

PORDATA. (2023). *Idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho.* Retrieved 5 setembro from <https://www.pordata.pt/db/portugal/ambiente+de+consulta/tabela>

Radjack, R., Hemmerter, S., Azria, E., & Moro, M. R. (2023). [Relevance of the transcultural approach to improve the care relationship in the perinatal period]. *Gynecol Obstet Fertil Senol*, 51(6), 342-347. <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2023.04.007>

Raju, S., Cowdell, P. F., & Dyson, P. J. (2023). Midwives' experiences of supporting healthy gestational weight management: A mixed methods systematic literature review. *Midwifery*, 124, 103750. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103750>

- Ratiu, D., Sauter, F., Gilman, E., Ludwig, S., Ratiu, J., Mallmann-Gottschalk, N., . . . Baek, S. (2023). Impact of Advanced Maternal Age on Maternal and Neonatal Outcomes. *In Vivo*, 37(4), 1694-1702. <https://doi.org/10.21873/invivo.13256>
- Reither, M., Germano, E., & DeGrazia, M. (2018). Midwifery Management of Pregnant Women Who Are Obese. *J Midwifery Womens Health*, 63(3), 273-282. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12760>
- Rodrigues, F., & Brandão, M. J. (2011). Anestesia regional para cesariana em gestantes obesas: estudo retrospectivo. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 61(1).
- Santos, I., Soares, C., & Berardinelli, L. (2010). Promovendo autocuidado em clientes com coronariopatia: aplicação do diagrama de Nola Pender *Revista de pesquisa: Cuidado é fundamental Online*, 2, 266-270.
- Schmalfluss, J. M., Matsue, R. Y., & Ferraz, L. (2019). Women with fetal death: nurses' care limitations. *Rev Bras Enferm*, 72(suppl 3), 365-368. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0261>
- Secção Portuguesa de Menopausa. (2021). Consenso Nacional sobre Menopausa In (Loures Gráfica, Sociedade de Artes Gráficas, Lda ed.).
- Silva, M., Vieira, B., Alves, V., Rodrigues, D., Vargas, G., & Sá, A. (2013). A PERCEPÇÃO DE GESTANTES DE ALTO RISCO ACERCA DO PROCESSO DE HOSPITALIZAÇÃO. In (pp. 792-797). *Revista Enfermagem*.
- Silva, U., Hassem, J., Oliveira, N., Junior, P., & Alencar, F. (2022). Gestação Ectópica: Uma Revisão de Literatura. *Id Online Revista de Psicologia*, 16, 170-183. <https://doi.org/10.14295/idonline.v16i61.3520>
- Silveira, S., & Júnior, A. (2020). Monitorização fetal intraparto. *Femina*, 48(1), 59-64.
- Smith, H., Macdonald, D., Ross-White, A., Grant, S., & Snelgrove-Clarke, E. (2022). Health care providers' experiences caring for women living with obesity during pregnancy, birth, and postpartum: a qualitative systematic review protocol. *JBI Evidence Synthesis*, 20(9), 2354-2360.
- Smith, S., Kleij, R., Bais, B., Schermer, M., M'hamdi, H., & Steegers-Theunissen, R. (2022). Preferences of women with a vulnerable health status towards nudging for adequate pregnancy preparation as investment in health of future generations: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 22(1), 559. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04887-6>

- SNS. (2015). *O que é o Teste do Pezinho?* <https://www.insa.min-saude.pt/o-que-e-o-teste-do-pezinho/>
- SNS. (2016). *30 anos da Carta de Ottawa*. Retrieved 05 outubro from <https://www.sns.gov.pt/noticias/2016/12/05/30-anos-da-carta-de-ottawa/>
- SNS. (2022). *Plano Nacional de Saúde 2021-2023*. <https://www.dgs.pt/documentos-em-discussao-publica/plano-nacional-de-saude-2021-2030-em-consulta-publica-ate-7-de-maio1.aspx>
- SNS. (2023a). *ARS Algarve*. <https://www.arsalgarve.min-saude.pt/apresentacao-ars-algarve-i-p/>
- SNS. (2023b). *CHUALGARVE EM NÚMEROS*. Retrieved from <https://www.chualgarve.min-saude.pt/chalgarve-em-numeros/area-de-influencia/#content>
- SNS. (2023c). *Distribuição das inscrições nos CSP*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/5/50001/5080551/Pages/default.aspx>
- SNS. (2023d). *Instituição*. <https://www.chualgarve.min-saude.pt/instituicao/>
- SNS. (2023e). *Norma DGS: Organização dos cuidados de saúde na preconção, gravidez e puerpério*. 27 de janeiro de 2023. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/03/norma_001_2023_org_cuidados_preconcecao_gravidez_puerperio.pdf
- SNS. (2023f). *Obesidade*. Retrieved 13 agosto from <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-cronicas/obesidade/#quais-sao-as-causas-da-obesidade>
- SNS. (2023g). *Partos e Cesarianas nos Cuidados de Saúde Hospitalares*. <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/embed/dataset/partos-e-cesarianas/table/?flg=pt&disjunctive.regiao&disjunctive.instituicao&sort=tempo&refine.regiao=Regi%C3%A3o%20de%20Sa%C3%BAde%20do%20Algarve&refine.tempo=2023%2F07>
- SNS. (2023h). *Serviços Clínicos: Obstetrícia*. <https://www.chualgarve.min-saude.pt/servicos-clinicos/obstetricia-2/>
- SNS. (2023i). *Simplex Saúde Infantil e Juvenil*. <https://www.sns.gov.pt/monitorizacao-do-sns/simplex-saude-infantil/>
- SNS. (2023j). *Utentes Inscritos em Cuidados de Saúde Primários*. <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/utentes-inscritos-em-cuidados-de-saude-primarios/table/?flg=pt&disjunctive.ars&disjunctive.aces&sort=periodo&refine.ars=ARS+Algarve>

- SNS. (2023k). *Órgãos Consultivos*. Retrieved 23 agosto from <https://www.chualgarve.min-saude.pt/orgao-consultivos/departamento-materno-infantil/>
- Souza, C. B., Venâncio, S. I., & Silva, R. P. G. (2021). Breastfeeding Support Rooms and Their Contribution to Sustainable Development Goals: A Qualitative Study. *Frontiers in Public Health*, 9, 1-9. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.732061>
- Souza, M. T., Silva, M. D., & Carvalho, R. (2010). Integrative review: what is it? How to do it? *Einstein (Sao Paulo)*, 8(1), 102-106. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082010RW1134>
- Spencer, L., Rollo, M., Hauck, Y., MacDonald-Wicks, L., Wood, L., Hutchesson, M., . . . Collins, C. (2015). The effect of weight management interventions that include a diet component on weight-related outcomes in pregnant and postpartum women: a systematic review protocol. *JBI Database System Rev Implement Rep*, 13(1), 88-98. <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2015-1812>
- Sunder, A., Varghese, B., Darwish, B., Shaikho, N. M., AlSada, A., Albuainain, H., . . . Dayoub, N. (2022). Maternal Obesity: An Obstetric Risk. *Cureus*, 14(9), e29345. <https://doi.org/10.7759/cureus.29345>
- Talaulikar, V. (2022). *Menopause transition: Physiology and symptoms*. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1521693422000426?via%3Dihub>
- Tataj-Puzyna, U., Baranowska, B., Szlendak, B., Szabat, M., & Węgrzynowska, M. (2023). Parental experiences of prenatal education when preparing for labor and birth of infant with a lethal diagnosis. *Nurs Open*. <https://doi.org/10.1002/nop2.1928>
- Thumm, B., Walsh, G., & Heyborne, K. D. (2020). Diagnosis of rupture of membranes: AmniSure, clinical assessment, and the Food and Drug Administration warning. *Am J Obstet Gynecol* *MFM*, 2(4), 100200. <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2020.100200>
- Timmins, F. (2006). Critical practice in nursing care: analysis, action and reflexivity. *Nurs Stand*, 20(39), 49-54. <https://doi.org/10.7748/ns2006.06.20.39.49.c4172>
- Tobolska, A., Wszolek, K., Wilczak, M., & Chmaj-Wierzchowska, K. (2022). Obesity VS. Preconception period, pregnancy and labor. *PIELEŃNIARSTWO POLSKIE*, 1(83), 39-44.
- Tomey, A., & Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem* (5ªed ed.). Lusociência.
- Trindade, C., Cardoso, L., Costa, V., Rosa, L., Pozzobon, D., & Trindade, L. (2020). Equipe de enfermagem: comunicação na assistência à parturiente. *Brazilian Journal oh health Review*.

- UNICEF. (s.d). *A Iniciativa Amiga dos Bebés tem como missão proteger, promover e apoiar o aleitamento materno.* <https://www.unicef.pt/o-que-fazemos/o-nosso-trabalho-em-portugal/iniciativa-amiga-dos-bebes/a-iniciativa-amiga-dos-bebes/>
- Victor, J., Lopes, M., & Ximenes, L. (2005). Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. *Acta Paulina Enfermagem*, 18(3), 235-240.
- WABA. (2016). *World Breastfeeding Week.* Retrieved 11 abril from <https://worldbreastfeedingweek.org/2016/index.shtml>
- Walker, R., Morris, H., Lang, S., Hampton, K., Boyle, J., & Skouteris, H. (2020). Co-designing preconception and pregnancy care for healthy maternal lifestyles and obesity prevention. *Women Birth*, 33(5), 473-478. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.11.005>
- Wang, Q., Liu, F., Tuo, Y., Ma, L., & Feng, X. (2023). Associations between obesity, smoking behaviors, reproductive traits and spontaneous abortion: a univariable and multivariable Mendelian randomization study. *Front Endocrinol (Lausanne)*, 14, 1193995. <https://doi.org/10.3389/fendo.2023.1193995>
- WHO. (2015). *Recomendações para o aumento do trabalho de parto.* https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/174001/WHO_RHR_15.05_por.pdf
- WHO. (2017). *Guia de Implementação da Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros: Melhorar a qualidade dos partos realizados em unidades de saúde para as mães e recém-nascidos.*
- WHO. (2018). *WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience.* <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>
- WHO. (2021). *Obesity and overweight.* <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- WHO. (2022a). *WHO European Regional Obesity Report 2022.* Copenhagen: World Health Organization
- WHO. (2022b). WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. In.
- Widström, A. M., Brimdyr, K., Svensson, K., Cadwell, K., & Nissen, E. (2019). Skin-to-skin contact the first hour after birth, underlying implications and clinical practice. *Acta Paediatr*, 108(7), 1192-1204. <https://doi.org/10.1111/apa.14754>

- Wigert, H., Nilsson, C., Dencker, A., Begley, C., Jangsten, E., Sparud-Lundin, C., . . . Patel, H. (2020). Women's experiences of fear of childbirth: a metasynthesis of qualitative studies. *Int J Qual Stud Health Well-being*, 15(1), 1704484. <https://doi.org/10.1080/17482631.2019.1704484>
- Červený, M., Kratochvílová, I., Hellerová, V., & Tóthová, V. (2022). Methods of increasing cultural competence in nurses working in clinical practice: A scoping review of literature 2011-2021. *Front Psychol*, 13, 936181. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.936181>

ANEXOS

ANEXO I- Cronograma CPNP

1021
a. epe 021

ARS algarve
Município de Faro

aces central


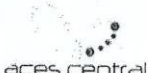
CURSO PREPARAÇÃO PARA O NASCIMENTO E PARENTALIDADE

Data Hora

15º Curso de Preparação para o Nascimento e Parentalidade de 2022 da UCC-Faro
Outubro

Sessão		Data	Hora
1	Introdução ao curso Estilos de vida saudáveis na gravidez e comunicação intra-uterina – O papel do pai/companheiro durante o ciclo perinatal- gravidez, parto e pós-parto Enfª (Parteira)	06-10	09.30-11.30h Online
2	Importância da actividade física adaptada à grávida e posturas corretas na gravidez nas actividades diárias, exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico, Bâsculas, exercícios na bola de pilates e alongamentos Fisioterapeuta	11-10	10-12.00h Presencial
3	Vivências Psicológicas na gravidez e Desenvolvimento emocional do bebé e Parentalidade – Psicóloga Joana Oliveira	12-10	10.00-12.00h Presencial
4	Direitos e Deveres na Parentalidade- Técnica Superior de Serviço Social	14-10	10-11.30h Presencial
5	Alimentação na gravidez – Nutricionista Cláudia Nunes	18-10	10-12.00h Presencial
6	Higiene Oral na gravidez e na criança dos 0 aos 3 anos Higienista Oral	19-10	14-15.30h Online
7	Sinais de trabalho de parto; As fases do trabalho do parto; Tipos de parto e estratégias promotoras do parto eutóxico; Importância controle do bem-estar materno-fetal durante todo o trabalho de parto; Mala para a maternidade Enfª ESMO (Parteira)	20-10	9.30-12h Presencial
8	Gestão da dor em trabalho de parto (Posturas, métodos não farmacológicos e métodos farmacológicos) Padrões respiratórios em trabalho de parto Enfª (Parteira)	25-10	10.00-12.00h Presencial
9	Aleitamento materno, vantagens, fisiologia e estratégias de resolução de dificuldades Enfª Olga Romeira (Parteira)	27-10	9.30-11.30h Online
10	Cuidados de higiene e conforto ao bebé (mudança de fralda, coto umbilical, banho, contacto pele a pele, etc.); A Vigilância de saúde do bebé; A segurança infantil – Enfª Especialista em saúde infantil e pediatria	28-10	10.00-12.00h Online
11	O Puerpério, suas alterações e cuidados- Enfª (Parteira)	31-10	14-15.30h Online

ANEXO II- Formulário de inscrição no CPNP

FICHA DE INSCRIÇÃO

CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O NASCIMENTO E PARENTALIDADE

A preencher pela grávida ou enfermeira de família

Nome _____	Data Nascimento ____/____/____
Profissão _____	Escolaridade _____
Morada _____	Código Postal _____ - ____
Localidade _____	Tel/Tlm :1 _____ 2 _____
e-mail: _____	Data Prevista para o Parto (Eco): ____/____/____
Número de filhos: ____ ____	Idades: _____
Frequência anterior de Preparação para o Parto	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
Frequência anterior na Recuperação Pós-parto	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
Tem/teve algum problema grave de saúde	NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> Qual? _____
Pretende inscrever-se para: Curso Completo <input type="checkbox"/> Só pré-parto <input type="checkbox"/> Só pós-parto <input type="checkbox"/>	

A preencher pelo responsável do curso ou quem o substitua

Inscrição a ____/____/____	Curso Pré-parto a iniciar em ____/____/____
Grávida contactada/informada do início do curso a ____/____/____, por _____	
Médico de Família _____	<input type="checkbox"/> Sem Médico família
Gravidez vigiada: <input type="checkbox"/> Médico família <input type="checkbox"/> Privado (_____) <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/> Outro (_____)	
Parto a ____/____/____	Eutócico <input type="checkbox"/> Ventosa <input type="checkbox"/> Fórceps <input type="checkbox"/> Cesariana <input type="checkbox"/>
Sexo do bebé ♀ <input type="checkbox"/> ♂ <input type="checkbox"/>	Curso Pós-parto a iniciar em ____/____/____

A preencher pela enf.º de família e/ou pelo coordenador e/ou outro técnico envolvido no curso

Observações:

A preencher pela grávida ou puérpera

Tomei conhecimento:

- Dos critérios de prioridade na admissão para o curso;
- Das suas regras de funcionamento;
- Da necessidade de informar o profissional, caso não possa por motivos clínicos, frequentar as sessões práticas.

Foi-me entregue folheto informativo sobre o curso.

Data ____/____/____ Assinatura _____

ANEXO III- Consulta de Enfermagem- Avaliação inicial

CPNP - CONSULTA DE ENFERMAGEM INICIAL - GRÁVIDA



Data ___/___/___ Hora: ___:___ Nº Utente _____ Tempo 30m 45m 60m
 Nome _____ Idade ___ anos Reside Faro Fora de Faro
 Nacionalidade _____ Religião _____ Agregado _____

Antecedentes Familiares Relevantes

Antecedentes Pessoais

Hipertensão	<input type="checkbox"/>	Diabetes Mellitus Tipo ___	<input type="checkbox"/>	D. Renal/Urinária	<input type="checkbox"/>
D. Cardiovasculares	<input type="checkbox"/>	D. Metabólicas	<input type="checkbox"/>	D. Respiratórias	<input type="checkbox"/>
D. Imunológicas	<input type="checkbox"/>	D. Osteoarticular	<input type="checkbox"/>	D. Psiquiátrica	<input type="checkbox"/>
D. Ginecológicas	<input type="checkbox"/>	D. Profissional	<input type="checkbox"/>	Intervenções Cirúrgicas	<input type="checkbox"/>
Consumo Álcool	<input type="checkbox"/>	Consumo Tabaco	<input type="checkbox"/>	Consumo Drogas	<input type="checkbox"/>
Sedentarismo	<input type="checkbox"/>	Excesso Peso	<input type="checkbox"/>	Obesidade	<input type="checkbox"/>

Antecedentes Obstétricos – Índice Obstétrico |___|___|___|___| Planeada Sim Não

Ano (Último filho)	Tipo Gravidez		Aumento peso (Kg)	Parto				Tempo Gestação	Peso e sexo do bebé	Estado bebé			Pós parto		Amamentou os 1os 6 meses			
	Normal	Alteração		Eutóxico	Ventosa	Fórceps	Cesariana			Vivo	Morto	Alterações	Hospital	Casa	Exclusivo	Misto	Artificial	

Gravidez actual

DPP(eco) |___|___|___| IG actual |___|+|___|cias Grupo |___| |___|
 Peso Inicial |___| Aumento (até última consulta) |___| Kg com |___| s. Dieta _____
 IMC _____ Baixo (12,5-18) Normal (11,5-16) Excesso Peso (7-11,5) Obesidade (5-9)
 Gama globulina anti-D Sim Não Vacina Tdpa Sim Não Vacina Gripe/SNS Sim Não
 Vigilância pré-natal: Público Privado Público-Privado Público+CHUA Outro
 Plano Parto Sim Não Parto Hospital Público Faro Privado Apoio companheiro Família
 Actividade Física Não Sim _____ (___)x/semana, durante ___ min
 Sentimentos Alegria Segurança Tranquilidade Envolvimento Projecto 1ou2

Intercorrências na Gravidez actual

Expectativas do Curso Preparação Para Nascimento e Parentalidade

Quem informou _____ Interesse participação? Grávida Casal Companheiro
 2 temas de maior interesse _____ e _____
 Tipo curso Online Presencial Misto
 O que mais valoriza do curso: Teoria Prática Ambas Interação
 Indique 2 receios/medos neste momento relacionados com todo este processo
 1º _____ 2º _____


ANEXO IV- Escala de Goodwin modificada

HISTÓRIA REPRODUTIVA			
Idade	≤17 >40	= 3	
	18 - 29	= 0	
	30 - 39	= 1	
Paridade	0	= 1	
	1 - 4	= 0	
	≥ 5	= 3	
HISTÓRIA OBSTÉTRICA ANTERIOR			
Aborto habitual ≥ (3 consecutivos)	= 1		
Infertilidade	= 1		
Hemorragia pós-parto/dequitação manual	= 1		
RN ≥ 4000 g	= 1		
Pré-eclampsia/eclampsia	= 1		
Cesariana anterior	= 2		
Feto morto / morte neonatal	= 3		
Trabalho de parto prolongado ou difícil	= 1		
PATOLOGIA ASSOCIADA			
Cirurgia ginecológica anterior	= 1		
Doença renal crónica	= 2		
Diabetes gestacional	= 1		
Diabetes Mellitus	= 3		
Doença cardíaca	= 3		
Outras (bronquite crónica, lúpus, etc.)			
Índice de acordo com a gravidade	= (1 a 3)		
Gravidez atual		1ª visita	36ª semana
Hemorragias ≤ 20 semanas	= 1		
Hemorragias > 20 semanas	= 3		
Anemia (≤ 10 g)	= 1		
Gravidez prolongada ≥ 42 semanas	= 1		
Hipertensão	= 2		
Rotura prematura da membranas	= 2		
Hidramnios	= 2		
ACIU (atraso de crescimento intrauterino)	= 3		
Apresentação pélvica	= 3		
Isoimunização Rh	= 3		

Baixo risco 0 – 2 / Médio risco 3 – 6 / Alto risco ≥ 7

APÊNDICES

APÊNDICE A- Proposta de projeto de tese/ dissertação/ estágio/ trabalho de projeto (MODELO T-005), resumo, plano e cronograma

 <p>UNIVERSIDADE DE ÉVORA Serviços Académicos</p>	<p>Cursos de 3.º Ciclo, 2.º Ciclo e Mestrado Integrado</p>	<p>MODELO T-005</p>
	<p>PROPOSTA DE PROJETO DE TESE / DISSERTAÇÃO / ESTÁGIO / TRABALHO DE PROJETO</p>	<p>Ano Letivo: 2022 / 2023</p>
<p>1. DELIBERAÇÃO DO CONSELHO CIENTÍFICO DA ESCOLA</p> <p>(A ser emitido apenas em GesDOC)</p>		<p>2. PARECER DO DIRETOR DE CURSO</p> <p>(A ser emitido apenas em GesDOC)</p>
<p>3. IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDANTE</p> <p>Nome Completo: <u>Joana Filipa Gonçalves Pereira</u></p> <p>Número: <u>50478</u> Ciclo de Estudos: <input type="checkbox"/> 3.º Ciclo <input checked="" type="checkbox"/> 2.º Ciclo <input type="checkbox"/> Mestrado Integrado</p> <p>Curso: <u>Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica</u></p> <p>Especialidade/Plano Alternativo: <u>Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica</u></p>		
<p>4. CONTACTOS DO ESTUDANTE</p> <p>Telef.: <u>+351 969947008</u> E-mail: <u>m50478@alunos.uevora.pt</u></p>		
<p>5. PROPOSTA</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Entrega de 1.º Projeto <input type="checkbox"/> Entrega de Projeto Reformulado <input type="checkbox"/> Entrega de 2.º Projeto por Reingresso</p> <p><input type="checkbox"/> Proposta de Alteração de Projeto</p> <p>Neste caso, assinala os quadros deste formulário em que propõe alterações (Só deve preencher os respetivos quadros)</p> <p><input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> 8. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> 10. <input type="checkbox"/> 11. <input type="checkbox"/> 12. <input type="checkbox"/> 13.</p>		
<p>6. JUSTIFICAÇÃO DA PROPOSTA DE ALTERAÇÃO (A preencher apenas no caso de no quadro 5 ter escolhido esta opção)</p>		
<p>7. TIPO DE TRABALHO (de acordo com o previsto no Plano de Estudos do Curso)</p> <p>APENAS NO CASO DE PROGRAMA DE DOUTORAMENTO:</p> <p><input type="checkbox"/> Tese Formato da Tese: <input type="checkbox"/> Dissertação sobre o tema de investigação <input type="checkbox"/> Compilação de artigos publicados <input type="checkbox"/> Obra ou conjunto de obras, ou realizações, com carácter inovador (no domínio das artes)</p> <p>PARA MESTRADO OU MESTRADO INTEGRADO:</p> <p><input type="checkbox"/> Dissertação <input checked="" type="checkbox"/> Estágio <input type="checkbox"/> Trabalho de Projeto</p>		<p>8. LÍNGUA DE REDAÇÃO</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Português <input type="checkbox"/> Inglês</p> <p><input type="checkbox"/> Espanhol <input type="checkbox"/> Francês</p> <p><input type="checkbox"/> Outra: _____</p>
<p>9. TÍTULO DO TRABALHO</p> <p>Título (na língua de redação):</p> <p>Excesso de peso e obesidade na gravidez e trabalho de parto: Intervenção das Enfermeiras Obstétricas</p> <p>Título em Inglês:</p> <p>Overweight and obesity in pregnancy and labour: Intervention of Nurse Midwives</p>		

10. ORIENTAÇÃO (Anexar declaração(ões) de aceitação)	
Nome: <u>Maria Otilia Brites Zangão</u>	
Universidade/Instituição: <u>Universidade de Évora/ Escola Superior de Enfermagem São João de Deus</u>	
N.º Identificação Civil: <u>09294982 -7 ZX5</u> Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input checked="" type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Telef.: <u>+ 351 963543933</u> E-mail: <u>otiliaz@uevora.pt</u> ID ORCID: <u>0000-0003-2899-8768</u>	
Nome: _____	
Universidade/Instituição: _____	
N.º Identificação Civil: _____ - _____ Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Telef.: _____ E-mail: _____ ID ORCID: _____	
Nome: _____	
Universidade/Instituição: _____	
N.º Identificação Civil: _____ - _____ Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Telef.: _____ E-mail: _____ ID ORCID: _____	
11. ÁREA DISCIPLINAR E PALAVRAS-CHAVE DO TRABALHO	
Domínio Científico e Tecnológico (Área FOS): <u>Ciências da saúde</u> <small>Consulte a lista de Áreas FOS em: http://www.dgeec.mec.pt/np4/28</small>	
Palavras-chave (5 palavras, separadas por ';'): <u>Campo 13</u>	
12. DOMÍNIO A INVESTIGAR/TEMA	
Assistência à mulher na gravidez e trabalho de parto.	
13. RESUMO, PLANO E CRONOGRAMA [Se necessário submeter como anexo a este impresso]	
Documento em anexo.	
Descritores (DeCs): <u>Obesidade materna; Excesso de peso; Trabalho de parto; Complicações na gravidez; Enfermeiras Obstétricas.</u>	
Descriptors (DeCs): <u>Obesity, maternal; Overweight; Labor, Obstetric; Pregnancy Complications; Nurse Midwives</u>	
14. DOCUMENTOS ANEXOS	15. DECLARAÇÃO DO ESTUDANTE
<input checked="" type="checkbox"/> Plano do Trabalho <input checked="" type="checkbox"/> Cronograma <input checked="" type="checkbox"/> Declaração de Orientador(es) <input type="checkbox"/> Declaração da Unidade I&D de acolhimento (Deve incluir o(s) Orientador(es), o Projeto ou Equipa de Investigação em que diretamente se enquadra a preparação da Tese) - Apenas para alunos de 3.º Ciclo) <input type="checkbox"/> Outros: _____	<p>Nos termos do Regulamento Académico da Universidade de Évora (RAUÉ) em vigor, entrego o projeto de Tese/ Dissertação/Estágio/Trabalho Projeto (conforme indicado no quadro 6 deste impresso) do qual, após aprovado pelo Conselho Científico, será efetuado o respetivo registo nos Serviços Académicos na Universidade de Évora.</p> <p>Declaro que caso efetue alguma alteração a este projeto a ser aprovado (título, orientador, língua, etc.) procederei nos termos do referido regulamento, à entrega do projeto de alteração no prazo máximo de 30 dias antes da entrega da T/D/E/TP.</p>
<small>Serviços Académicos - Rua Duques de Cadaval - 7000-803 Évora :: Telefone: 266 760 220 :: SAC.Online: http://atendimento.sac.uevora.pt</small>	

13. RESUMO, PLANO E CRONOGRAMA

A Universidade de Évora (UE) oferece aos Enfermeiros o Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, que sendo um curso de 2º ciclo, permite a obtenção do grau de Mestre. Como curso registado na Direção-Geral do Ensino Superior (R/A-Ef 1783/2011/AL03) e com plano de estudos com parecer favorável pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (AI-OE/2017/9022 e SAI-OE/2019/5981), permite a aquisição do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO). Este plano de estudos permite a aquisição de conhecimentos e competências registadas no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Reg n.º 140/2019 de 6 de fevereiro) e de competências específicas do EEESMO, registadas no Regulamento das Competências do EEESMO (Reg n.º 391/2019 de 3 de maio). Estas competências incluem a responsabilidade pelos cuidados à mulher no âmbito da vigilância da sua saúde nos períodos pré-concepcional, pré-natal, intraparto, pós-natal, incluindo cuidados ao recém-nascido até aos 28 dias e climatério. Abrange ainda os cuidados à mulher com doença ginecológica e a promoção de saúde sexual e reprodutiva, tendo em conta a família e comunidade onde a mulher está inserida.

Desta forma e de acordo com o Plano de Estudos da UE (Aviso n.º 15812/2019; DR 7/10/2019), o curso inclui a Unidade Curricular (UC) Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final (ENPRF), sendo que o Relatório Final será objeto de prova pública para defesa do mesmo. Neste relatório pretende-se que estejam descritas as competências adquiridas ao longo dos contextos clínicos, assim como o desenvolvimento da temática escolhida pelo estudante e que dá título ao trabalho final. O ENPRF inclui 60 ECTS, com início a 12 de setembro de 2022 e término a 23 de junho de 2023, estando dividido em vários contextos clínicos: Cuidados de Saúde Primários/ Consultas Externas de Obstetrícia, Internamento de Grávidas /Ginecologia; Bloco de Partos e Internamento de Puérperas. Os objetivos da UC estão descritos no Planeamento da mesma e incluem: "1) Cuidar da mulher/companheiro inseridos na família e comunidade; 2) Demonstrar aquisição de conhecimentos conducente a uma proposta de projeto, considerando as vertentes teórico-práticas e a Prática Baseada na Evidência; 3) Defender através de um Relatório apresentado em provas públicas, a sua atuação no Estágio de Natureza Profissional". Neste contexto, foi elaborado um plano de atividades, apresentado em forma de quadro, que descreve as atividades a desenvolver em cada contexto clínico, com os resultados esperados e a sua forma de avaliação, para atingir os objetivos descritos.

Os cuidados prestados pelos EEESMOS visam a promoção de famílias saudáveis, potenciando a sua saúde e detetando situações de risco e complicações que afetem a saúde da mulher grávida, puérpera e recém-nascido. Durante o trabalho de parto, o EEESMO deve garantir o bem-estar materno-fetal e um ambiente seguro para a parturiente, feto/recém-nascido e pessoa significativa que acompanha a mulher (OE, 2021). Neste contexto, decidiu-se abordar uma problemática mundial e atual, que afeta a população em geral e que em mulheres em idade reprodutiva leva ao aumento de fatores de risco aquando de uma gravidez, podendo, consequentemente, afetar a evolução do trabalho de parto. Desta forma, torna-se pertinente explorar quais as consequências do excesso de peso e obesidade na evolução da gravidez e do trabalho de parto, retirando considerações para a prática.

A obesidade é uma doença caracterizada pelo excesso de adiposidade e, nos últimos anos, tem vindo a aumentar a sua prevalência em toda a Europa, levando a Organização Mundial de Saúde (OMS) a considerar que foram atingidas proporções epidémicas (WHO, 2022). De acordo com a Direção-Geral da Saúde (DGS, 2015), no início da gravidez deve ser avaliado o peso e a altura da grávida, no sentido de calcular o Índice de Massa Corporal (IMC), onde se considera: $IMC < 18,5$ baixo peso; $18,5 \leq IMC < 24,9$; $IMC \geq 25$ e $29,9$ excesso de peso e $IMC \geq 30$ obesidade. De acordo com o IMC inicial, deve ser acompanhada e registada a progressão ponderal ao longo da gravidez e transmitido aconselhamento à grávida sobre o ganho de peso adequado.

Vários estudos têm demonstrado que nos períodos pré-natal e perinatal aumenta a suscetibilidade para o desenvolvimento de obesidade, muitas vezes relacionado com a má nutrição, o que ao longo da gravidez pode acarretar problemas para a vida futura da mulher, assim como do recém-nascido (WHO, 2022). Associadas à obesidade, registam-se o desenvolvimento de outras doenças, tais como diabetes e hipertensão, para além de se registarem ainda maior número de induções de trabalho de parto, induções falhadas, cesarianas, macrosomia, distocias de ombros e internamento do recém-nascido em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (Akgol et al., 2020). É, então, fundamental adotar estratégias que contrariem este risco e que proporcionem uma gravidez saudável, para um parto sem complicações.

A monitorização dos batimentos cardíacos fetais é imprescindível para a confirmação do bem-estar fetal durante o trabalho de parto e a qualidade do sinal é fundamental para identificar um feto em sofrimento, verificando-se dificuldades acrescidas quando uma grávida apresenta IMC superior a 30 (Monson et al., 2020). Para além disso, em caso de cesariana, há um risco aumentado de infeção e hemorragia (ACOG, 2021). Importa também considerar que as intervenções do EEESMO se estendem para o período pós-parto e nesse sentido, é importante considerar que a amamentação exclusiva por pelo menos quatro meses contribui positivamente para o controlo de peso e que a sua duração está diretamente relacionada com a diminuição do risco de excesso de peso e obesidade para a mulher e recém-nascido. Porém, verifica-se que as mulheres obesas têm menos propensão para amamentar com sucesso, daí a necessidade de se transmitir informação sobre os benefícios do leite materno e do apoio e aconselhamento durante a amamentação (Ballesta-Castillejos et al., 2020; Mantzorou et al., 2022).

Através de uma Revisão Narrativa da Literatura, pretende-se aprofundar conhecimentos relacionados com a temática, através de estudos atuais que demonstrem a real influência da obesidade na evolução da gravidez e trabalho de parto e as necessidades de intervenção por parte dos EEESMO. Através da avaliação do IMC, da Progressão Ponderal e das intercorrências durante a gravidez descritas no Boletim da Grávida, como por exemplo a Diabetes Gestacional, será traçado o perfil das grávidas, parturientes e/ou puérperas e com recurso ao instrumento Partograma, será possível avaliar toda a evolução do trabalho de parto, dados do parto e do recém-nascido. Desta forma, pretende-se chegar a conclusões que permitam melhorar os cuidados prestados e prevenir complicações neste grupo de risco.

No contexto dos campos clínicos, definiram-se como objetivos gerais: a) aprofundar conhecimentos em cada contexto clínico; b) adquirir e desenvolver competências, baseando a prática na evidência científica. Seguem-se as atividades planeadas para cada contexto clínico, coincidindo os resultados esperados com as Unidades de Competência, descritas pela OE, fundamentais para a aquisição de competências que permitem o grau de Mestre e título de Enfermeiro Especialista.

PLANO DE ATIVIDADES

Contexto clínico	Objetivos	Atividades a desenvolver	Resultados esperados
Cuidados de Saúde Primários	Objetivo 1. Cuidar da mulher/casal no período pré-natal	<ul style="list-style-type: none"> - Informar e orientar sobre estilos de vida saudáveis na gravidez; - Informar a grávida/casal sobre os recursos disponíveis na comunidade; - Monitorizar a gravidez; - Identificar e encaminhar situações que estão para além da área de atuação do ESMO; - Aconselhar a mulher sobre o plano de parto; - Informar e aconselhar a grávida sobre sinais e sintomas de risco; - Informar e orientar sobre alívio dos desconfortos da gravidez; - Colaborar no Curso de preparação para o Nascimento e Parentalidade, através da preparação e realização de sessões. 	<ul style="list-style-type: none"> - Promoção da saúde da mulher durante o período pré-natal; - Diagnóstico precoce e prevenção de complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal; - Prestação de cuidados à mulher e facilitação na sua adaptação, durante o período pré-natal.
	Objetivo 2.	-Apoiar no aleitamento materno;	Promoção da saúde da puérpera no período pós-natal

	Cuidar da mulher/casal no período pós-natal	-Avaliar e planejar medidas corretivas no processo de aleitamento materno; -Monitorizar as notícias de nascimento e contactar as puérperas para informar sobre recurso na comunidade: cantinho da amamentação.	-Diagnóstico e prevenção de complicações na saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal
Serviço de Ginecologia	Objetivo 3. Cuidar da mulher/família a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica	-Prestar cuidados de enfermagem a mulheres em situação de abortamento até às 18 semanas de gestação; -Prestar cuidados de enfermagem pré e pós-operatórios a mulheres submetidas a cirurgias ginecológicas/ginecológicas oncológicas; -Prestar de cuidados de enfermagem à mulher com afeção do aparelho génito-urinário e/ou mama.	-Monitorização do trabalho de abortamento e prevenir complicações; -Prestação de cuidados à mulher em situação de abortamento; - Diagnóstica precocemente e previne complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento. -Promoção da saúde à mulher no período do climatério; - Promoção da saúde ginecológica da mulher; - Promoção da adaptação da mulher com patologia ginecológica à nova situação clínica.
Serviço de Bloco de Partos	Objetivo 4. Cuidar da mulher/casal durante o trabalho de parto	- Prestar cuidados à mulher durante o trabalho de parto	- Promoção da saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimizar a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina; - Diagnóstico precoce e prevenção de complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido; - Prestação de cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou com o trabalho de parto.
	Objetivo 5. Cuidar da mulher/casal durante o período pós-natal	- Prestar cuidados à puérpera e ao recém-nascido no pós-parto imediato (até 2horas após o parto).	- Promoção da saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal. Diagnóstico precoce e prevenção de complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal; - Prestação de cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal.
Serviço de Obstetria/Puerpério	Objetivo 6. Cuidar da mulher/casal no período pós-natal	- Prestar cuidados à puérpera e ao recém-nascido.	- Promoção da saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal. - Diagnóstico precoce e prevenção de complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal; - Prestação de cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal.
Todos os serviços	Objetivo 7. Cuidar das grávidas, parturientes e puérperas com excesso de peso e obesidade	- Prestar cuidados à mulher (grávida, parturiente ou puérpera) com excesso de peso e obesidade; - Avaliar a evolução do trabalho de parto, parto e desfechos neonatais nas mulheres com excesso de peso e obesidade.	- Promoção da saúde do grupo-alvo; - Diagnóstico precoce e intervenção no grupo-alvo, no sentido de prevenir complicações.
Processo de avaliação	Registos validados por supervisor clínico: SClinico, Boletim da grávida, Boletim de saúde infantil, Protocolos do serviço.		Registos validados pelo orientador: Registos curriculares; Relatório de estágio.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

TAREFAS/ ATIVIDADES	ANO 2022				ANO 2023											
	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Reuniões para elaboração do Projeto																
Revisão da Literatura																
Elaboração do Projeto																
Submissão do Projeto																

Estágio em Cuidados de saúde primários																			
Estágio em Ginecologia																			
Estágio em Sala de Partos																			
Estágio em Obstetria/Puerpério																			
Estágio em Neonatologia																			
Entrega do Relatório Final																			
Discussão do Relatório Final																			

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACOG. (2021). Obesidade e gravidez. Retrieved 24 de setembro from <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-bulletin/articles/2021/06/obesity-in-pregnancy>

Akgol, S., Rapisarda, A. M. C., Budak, M. S., Caruso, S., Cianci, A., Reyes-Muñoz, E., . . . Kahramanoğlu, İ. (2020). The effect of obesity on the onset of spontaneous labor and scheduled delivery rates in term pregnancies. *Taiwan J Obstet Gynecol*, 59(1), 34-38. <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2019.10.002>

Ballesta-Castillejos, A., Gómez-Salgado, J., Rodríguez-Almagro, J., Ortiz-Esquinas, I., & Hernández-Martínez, A. (2020). Relationship between Maternal Body Mass Index and Obstetric and Perinatal Complications. *J Clin Med*, 9(3). <https://doi.org/10.3390/jcm9030707>

DGS. (2015). Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. Lisboa: Direção-Geral da Saúde

Mantzorou, M., Papatheou, D., Vasios, G. K., Pavlidou, E., Antasouras, G., Psara, E., . . . Giaginis, C. (2022). Exclusive Breastfeeding for at Least Four Months Is Associated with a Lower Prevalence of Overweight and Obesity in Mothers and Their Children after 2-5 Years from Delivery. *Nutrients*, 14(17). <https://doi.org/10.3390/nu14173599>

Monson, M., Heuser, C., Einerson, B. D., Esplin, I., Snow, G., Varner, M., & Esplin, M. S. (2020). Evaluation of an external fetal electrocardiogram monitoring system: a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol*, 223(2), 244.e241-244.e212. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.02.012>

OE. (2021). Padrões de Qualidade nos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Retrieved 16 de outubro from Microsoft Word - Ponto 3_Padrões Qualidade CEEESMO.docx (ordemenfermeiros.pt)

OE. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista n.º 140/2019. Diário da República n.º 26/2019, Série II, 4744-4750.

OE. (2019). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Diário da República n.º 85/2019, Série II, 13560- 13565.

República, A. d. (4 de março de 2009). Diário da República, 1.ª série — N.º 44 — 4 de março de 2009. 1466-1530.

República, A. d. (2019). Universidade de Évora Aviso n.º 15812/2019- Parte E. Diário da República, 2.ª série, 139-140.

REPE. (2012). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro. 22.

APÊNDICE B- Revisão da literatura


RESUMO

Introdução: A obesidade atingiu proporções epidémicas na Europa e as enfermeiras obstétricas têm um papel fundamental na educação para a saúde no sentido de melhorar os resultados obstétricos e neonatais. **Objetivo:** Identificar na literatura as intervenções das enfermeiras obstétricas para minimizar as complicações na gravidez e trabalho de parto, em grávidas com excesso de peso e obesidade. **Metodologia:** Realizada uma revisão integrativa da literatura, com pesquisa nas bases de dados BVS, PubMed e na Web of Science. **Resultados:** As enfermeiras obstétricas devem realizar intervenções individuais que privilegiem e estimulem uma dieta equilibrada e exercício físico durante o período preconcecional e na gravidez. Estratégias comunicacionais facilitam a relação utente-profissional de saúde e permitem maior envolvimento da utente. A obesidade pode comprometer os cuidados durante o trabalho de parto, nomeadamente a monitorização dos batimentos cardíacos fetais, devendo as enfermeiras obstétricas, conhecer outras técnicas de os monitorizar. Deve ser privilegiada a posição lateral, por ser a mais segura a adotar desde o início do trabalho de parto. **Conclusão:** São necessários mais estudos sobre novas práticas que facilitem os cuidados e estudos que clarifiquem as intervenções que promovem melhores resultados obstétricos em grávidas obesas.

Palavras-chave: Obesidade. Gravidez. Trabalho de Parto. Enfermeiras Obstétricas.

Nota: Aguarda publicação em revista.

APÊNDICE C- Contabilização das experiências realizadas em estágio

 UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final
Ano Letivo 2022 /2023

Nome do Aluno Joana Filipa Gonçalves Pereira Nº 50478

1 - Vigilância e prestação de cuidados à grávida • Exames pré-natais (100)	318
2 - Vigilância e prestação de cuidados à parturiente	
• Partos eutócicos (40) -----	62
• Participação activa em partos pélvicos -----	1
• Participação activa em partos gemelares -----	1
• Participação activa noutros partos -----	38
• Episiotomia -----	25
• Episiorrafia / perineorrafia -----	52
3 - Vigilância e prestação de cuidados a mulheres em situação de risco (40)	
• Gravidez -----	150
• Trabalho de parto -----	61
• Puerpério -----	78
4 - Vigilância e prestação de cuidados a puérperas saudáveis (100)	186
5 - Vigilância e prestação de cuidados a RN saudáveis (100)	187
6 - Vigilância e prestação de cuidados a RN de risco	73
7 - Vigilância e prestação de cuidados a mulheres com afecções ginecológicas.	49

Rubrica Professor

APÊNDICE D- Sessão sobre estilos de vida saudáveis e comunicação intrauterina



The slide cover features a photograph of a pregnant woman's hands resting on her belly. In the top right corner, there are three logos: the University of Évora, ARS Algarve (Regional Health Administration of Algarve), and the 'Unidade cuidados comunidade' logo. The title 'Estilos de vida saudáveis e Comunicação Intrauterina' is centered in a white circle. Below the title, it specifies 'Curso de Preparação para o Nascimento e Parentalidade'. On the bottom left, the author's name and affiliation are listed.

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ARS Algarve
Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P.

Unidade cuidados comunidade

Estilos de vida saudáveis
e
Comunicação Intrauterina

Curso de Preparação para o Nascimento
e Parentalidade

Enfermeira Joana Pereira
Estudante do 2º ano do Mestrado de Enfermagem de Saúde
Materna e Obstétrica

Supervisora: EEESMO Olga Romeira
Orientadora: Professora Doutora Otilia Zangão

Sumário

- Alterações da gravidez
- Gravidez saudável
- Vigilância da gravidez
- Desconfortos do 3º trimestre de gravidez
- Vinculação pré-natal
- Comunicação Intrauterina
- Vinculação pós-natal

APÊNDICE E- Sessão sobre trabalho de parto e parto



Trabalho de parto e parto

Enfermeira Joana Pereira
Estudante do 2º ano do Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Supervisora: EEESMO Olga Romeira
Orientadora: Professora Doutora Otilia Zangão

Faro, 2022



Sumário

- Mala da maternidade
- Sinais premonitórios de trabalho de parto
- Verdadeiro trabalho de parto e falso trabalho de parto
- Sinais de ida para a maternidade
- Fatores que afetam o trabalho de parto
- Tipos de parto
- Estádios do trabalho de parto
- Papel do pai no trabalho de parto, parto e puerpério imediato
- Plano de parto



APÊNDICE F- Sessão sobre puerpério

	
	<h1>PUERPÉRIO</h1> <p>Enfermeira Joana Pereira Estudante do 2º ano do Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica</p> <p>Supervisora: EEESMO Olga Romeira Orientadora: Professora Doutora Otília Zangão</p>

Sumário

- Definição de puerpério
- Alterações fisiológicas
- Lóquios
- Prevenção de infeção na região do períneo
- Cuidados com a sutura abdominal (cesariana)
- Amamentação
- Contraceção após o parto
- Atividade sexual após o parto
- Consulta de puerpério
- Alterações psicológicas no puerpério
- Desconfortos físicos do puerpério

APÊNDICE G- Planificação da sessão “Compreender e acalmar o choro do bebé”

Planificação da sessão “Compreender e acalmar o choro do bebé”

Ação: Workshop		Data: 13-10-2022		
Tema: Compreender e acalmar o choro do bebé				
Objetivos gerais:				
<ul style="list-style-type: none"> • Reconhecer os tipos de choro do bebé • Desenvolver capacidades para acalmar o choro do bebé 				
Público-alvo: Grávidas inscritas no Curso de Preparação para o Nascimento e Parentalidade		Duração: 2h	Horário: 9:30-11:30h	
Formador: AEESMO Joana Filipa Gonçalves Pereira				
Objetivos específicos	Conteúdos	Métodos	Recursos didáticos	Atividades didáticas
<ul style="list-style-type: none"> - Entender as tarefas dos pais de um recém-nascido - Conhecer os diferentes tipos de choro do bebé - Compreender possíveis causas do choro do bebé - Compreender as cólicas do recém-nascido - Conhecer os reflexos inatos do recém-nascido - Conhecer a Teoria do 4º Trimestre - Conhecer e aplicar o modelo dos 5's - Entender o padrão de sono do bebé - Reconhecer a importância das rotinas para o bebé 	<ul style="list-style-type: none"> - Tarefas dos pais de um recém-nascido - Tipos de choro do bebé - Causas para o choro do bebé - Cólicas - Reflexos inatos do recém-nascido - Teoria do 4º Trimestre - Modelo dos 5's - O sono do recém-nascido - Horários e rotinas 	<p>Expositivo, ativo e interrogativo</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Computador - Videoprojector - Modelos de RN 	<ul style="list-style-type: none"> - Simulação de um caso para colocar em prática as formas de acalmar o choro do bebé

APÊNDICE H- Panfleto de divulgação da sessão “Compreender e acalmar o choro do bebé”

UNIVERSIDADE DE ÉVORA ARS Algarve Unidade cuidados comunitários

Workshop

Compreender e acalmar o choro do bebé

13 Outubro 2022
9:30-11:30



A realizar por: Enfermeira Joana Pereira
Estudante do 2º ano do Mestrado de
Enfermagem de Saúde Materna e
Obstétrica

APÊNDICE I- Sessão “Compreender e acalmar o choro do bebé”

Workshop

Compreender e acalmar o choro do bebé

Mestranda de EESMO Joana Pereira
Sob supervisão da EEESMO Olga Romeira
Sob orientação da Professora Doutora Otilia Zangão



Sumário

1. Tarefas dos pais de um recém-nascido
2. Tipos de choro do bebé
3. Causas para o choro do bebé
4. Cólicas
5. Reflexos inatos do recém-nascido
6. Teoria do 4º Trimestre
7. Modelo dos 5's
8. O sono do recém-nascido
9. Horários e rotinas

APÊNDICE J- Póster “Modelo dos 5’s”

Modelo dos 5's

Os bebés acalmam e relaxam, ativando o “reflexo calmante”, quando são reproduzidas condições semelhantes às que eles sentiam no útero materno.

Swaddling
Ao estar embrulhado, é proporcionada ao bebé uma sensação de toque constante que lhe dá conforto e relaxamento.


Suction
O ato de sugar provoca no bebé um relaxamento profundo.

Side/ stomach
Deitar o bebé de lado ou de barriga para baixo, no seu colo, irá dar-lhe uma sensação de conforto.

Swinging
O bebé estava habituado a constante movimento no útero, por isso, embalar o bebé ajuda-o a relaxar.

Sushing
Para os bebés, o *chhh* é o som mais familiar que vão ouvir, pois era o som que ouviam no útero.

Como fazer a contenção do bebé:



Referências bibliográficas:

1. Karp, H. (2002). O bebé mais feliz do mundo: A nova forma de acalmar o choro e ajudar o seu bebé a dormir mais [The happiest baby on the block] (2ª ed.).
2. <https://www.nct.org.uk/baby-toddler/slings-and-swaddling/swaddling-baby-benefits-risks-and-seven-safety-tips>
3. <https://www.happiestbaby.com/blogs/baby/how-to-hold-a-baby>
4. <https://omanualdasapinhãs.com/estes-5-passos-para-fazer-o-bebe-dormir-estao-fazendo-sucesso-veja-quais-sao/>
5. Dr. Karp e os Cinco “S” para acalmar o seu bebé - Instituto Nascer
6. Mamada dos Sonhos – Como reduzir os despertares noturnos | Petit Pois Infant
7. Como Swaddle a Baby (registerednurse.com)

Elaborado por: Enfermeira Joana Pereira (Estudante 2º ano EESMO)
Orientado por: Proª Drª Otilia Zangão
Supervisionado por: EESMO Olga Santos

Ano 2022

APÊNDICE K- Panfleto “Cantinho da amamentação”

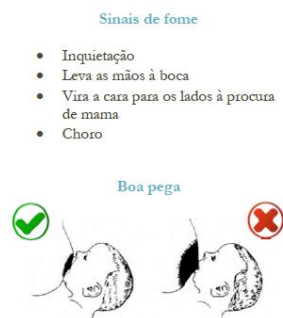


Fig 1

- A boca do bebê apanha a maior parte da aréola;
- O queixo do bebê toca na mama;
- A boca do bebê está bem aberta;
- O lábio inferior está virado para fora.



Fig 2

Como ultrapassar algumas dificuldades

“Descida do leite” e Inurgitamento mamário

- Aplicar compressas quentes ou banho de chuveiro morno;
- Massajar;
- Oferecer mama ao bebê com frequência;
- Oferecer primeiro a mama mais cheia
- Retirar leite da mama. Se o bebê não conseguir mamar, retirar o leite manualmente ou com bomba para um copo e oferecer ao bebê.
- Aplicar compressas frias após mamada.

Mamilos com fissuras/gretas

- Colocar o bebê em posição correta para mamar;
- Verificar sinais de boa pega;
- Utilizar o seu próprio leite para hidratar o mamilo;
- Manter os mamilos arejados sempre que possível.

Bloqueio dos ductos

- Amamentar em diferentes posições para vazar a mama;
- Com os dedos, pressionar levemente no sentido do mamilo para ajudar na saída do leite.

Mastite

- Continuar a amamentar
- Aplicar compressas frias após mamada;
- Procurar ajuda profissional.

Ajuda o processo de amamentação

Sentimentos positivos, tocar no bebê, olhar para o bebê, ter confiança na sua capacidade de amamentar.



Dificulta o processo de amamentação

Sentimentos negativos, dor, preocupação, stress.



Elaborado por:
Estudante do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica Joana Pereira
Docente: Prof.ª Dr.ª Otília Zangão
Orientador clínico: EESMO Olga Romeira e EESMO José Vieira

Referências bibliográficas:
Direção Geral da Saúde. (08 de agosto de 2021). *Amamentação*. Obtido em 22 de setembro de 2022, de <https://www.sns24.gov.pt/tema/saude-da-mulher/amamentacao/#sec-0>

Levy, L. & (2012). *Manual de aleitamento materno*. Lisboa, Portugal: Comité Português para a UNICEF.

Fig 1- Pega Correta para Amamentar (fotoessence.com.br)

Fig 2- <https://www.kijib.com.br/imprensa/noticia/geral/informativo-sobre-amamentacao-altao-30-agosto-doucao?ig=1&slide=0>



Local:

Centro de Saúde de Faro (UCC)

Telefone:

289 830 385

Horário:

Segunda-Sexta: 9:00-15:00 e 17:00-19:30

Sábados: 14:00- 15:30

Amamentação

O leite materno é a melhor fonte de nutrição para o bebê.

A OMS e a UNICEF recomendam o início precoce da amamentação (1ª hora após o nascimento), a amamentação exclusiva até aos 6 meses e a amamentação continuada com outros alimentos até aos 2 anos ou mais.



Para além de fortalecer o vínculo mãe-filho, o aleitamento materno tem:

Vantagens para o bebê

- Reforça o sistema imunitário;
- Melhora a adaptação a outros alimentos;
- Previne contra alergias, obesidade e diabetes.

Vantagens para a mãe

- Facilita a involução uterina;
- Diminui o risco de osteoporose, cancro da mama e do ovário e diabetes;
- Método mais barato e seguro;
- Forma mais prática de alimentar o bebê, pois está sempre disponível e nas condições necessárias.

3 pontos para ter sucesso na amamentação:

1. Decisão consciente e informada de amamentar
2. Estabelecimento da lactação ainda no hospital
3. Suporte na amamentação

Dificuldades mais comuns

“Descida do leite”

Entre o 2-3º dias as mamas podem ficar mais quentes, pesadas e duras. A temperatura corporal pode chegar aos 38º.

Inurgitamento mamário

Mamas tensas, brilhantes e dolorosas causado pela acumulação de leite.

Mamilos com fissuras/gretas

Frequentemente causado por pega incorreta.

Bloqueio dos ductos

Obstrução de canais que drenam o leite. Forma um nóculo doloroso. Pode ser causado por roupa apertada ou má pega.

Mastite

Infeção do tecido mamário.

Para obter ajuda deve falar com a sua equipa de saúde, que a referenciará para o cantinho da amamentação, ou pode ligar para o número indicado.

APÊNDICE L- Póster “Excesso de peso e obesidade na gravidez”

EXCESSO DE PESO E OBESIDADE NA GRAVIDEZ

Autora: EnF Joana Pereira (Mestrado Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica)
Orientação: Profª Drª Otilia Zangão
Ano 2023

INTRODUÇÃO

Na Europa, 60% da população adulta sofre de excesso de peso e obesidade e mais de 20% das mulheres sofrem de obesidade quando engravidam;
A obesidade materna aumenta a probabilidade de que o filho sofra, no futuro, de obesidade, doenças cardíacas, neurológicas, diabetes tipo 2 e asma¹.

ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (IMC)

O IMC é avaliado no início da gravidez, através da fórmula²:

$IMC = \text{Peso} / \text{Altura}^2$

<18	18,5-24,9	25-29,9	≥30
Baixo peso	Peso normal	Excesso de peso	Obesidade

À medida que a gravidez evolui, é natural que haja um aumento de peso, associado a³:

Feto

Líquido amniótico

Aumento do útero

Aumento do tecido mamário e adiposo

Retenção de líquidos

Aumento do volume de sangue

Placenta

RISCOS DO EXCESSO DE PESO E OBESIDADE

GRAVIDEZ

Aborto	Pré-eclâmpsia
Diabetes gestacional	Hipertensão gestacional

PARTO

Trabalho de parto prolongado	Indução do trabalho de parto
Hemorragia pós-parto	Lacerações

⚠️ Dificuldade na realização das ecografias e na monitorização da frequência cardíaca fetal.

FETO

Sofrimento fetal	Prematuridade
Anomalias fetais	Macrossomia (grande para a idade gestacional)

AMAMENTAÇÃO

O aleitamento materno exclusivo previne o excesso de peso e obesidade infantil e ajuda no controlo de peso materno⁶.

AUMENTO PONDERAL

Esse aumento de peso deve ser controlado e não deve exceder os limites recomendados:

Baixo peso	12,5-18 kg
Peso normal	11,5-16 kg
Excesso de peso	7-11,5 kg
Obesidade	5-9 kg

CONCLUSÃO

O excesso de peso deve ser controlado antes do início da gravidez. Iniciar a gravidez com um peso saudável permite que o corpo se adapte melhor às mudanças.

BaileiroRodas N1Mito@fflup.com
 1. WHO (2022). WHO European Regional Obesity Report 2022.
 2. Kourtellis, C. M., Beyrouk, R. M., Prescott, E. L., Ntzani, M., Joffe, V. W., Gillman, L. B., & Brookman, R. A. (2017). Influence of maternal obesity on the long-term health of offspring. *Current Diabetes Endocrinology*, 9(1), 59-64. <https://doi.org/10.1007/s12012-016-0100-2>
 3. WHO (2022). *Global status report on non-communicable diseases 2022*. Geneva: WHO.
 4. Baileiro-Castellón, A., Gilman-Nelson, J., Rodriguez-Rodríguez, J., Ortiz-Rodríguez, L., & Hernández-Martínez, A. (2023). Relationship between Maternal Body Mass Index and Obstetric and Perinatal Complications. *J Clin Med*, 12(8). <https://doi.org/10.3390/jcm12081204>
 5. Hirst, K., Kourtellis, C. M., Ntzani, M., Gillman, L. B., & Brookman, R. A. (2017). Maternal and Perinatal Outcomes of Maternal Obesity at Birth in 2010-2016. *Current Hypertension*, 20(2). <https://doi.org/10.1007/s12012-016-0100-2>
 6. Mørch, M., Poppe, L., Vabø, A. E., Nordhagen, E., Aune, T., ... & Vagstad, C. (2022). Exclusive Breastfeeding for at Least Four Months is Associated with a Lower Prevalence of Overweight and Obesity in Mothers and Their Children after 2-6 Years From Delivery. *Nutrients*, 14(17).

Escola Superior São João de Deus – Universidade de Évora

125

APÊNDICE M- Relato de caso “Colestase intra-hepática na gravidez”

Colestase Intra-hepática da gravidez: Relato de caso

RESUMO

Objetivo: Aprofundar conhecimentos sobre a colestase intra-hepática da gravidez e elaborar uma proposta de cuidados de enfermagem. **Método:** Caso clínico de uma grávida de 45 anos, com 31 semanas e 5 dias, com queixas de prurido de início há seis dias, disperso, com maior incidência nas palmas das mãos e plantas dos pés, com agravamento noturno e com colúria. Foi feita avaliação inicial da utente, com base no Modelo de Atividades de Vida Diária de Roper, Logan & Tierney e traçado o plano de cuidados de acordo com a taxonomia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. **Resultados:** Identificaram-se três diagnósticos relativos à patologia e situação individual: Gravidez comprometida; Prurido; Crença religiosa. **Conclusão:** A realização deste Relato de caso permitiu aumentar conhecimentos sobre a doença hepática mais comum na gravidez e refletir sobre a prestação de cuidados necessários nestas situações, considerando a pessoa individual e de forma holística.

Descritores (DeCS): Relatos de Casos; Diagnósticos de Enfermagem; Colestase Intra-Hepática; Gravidez

APÊNDICE N- Comunicação “A transição para a Parentalidade: A intervenção do EEESMO”



A PERÍCIA DO EEESMO: DA EVIDÊNCIA À REALIDADE

10-05-2023

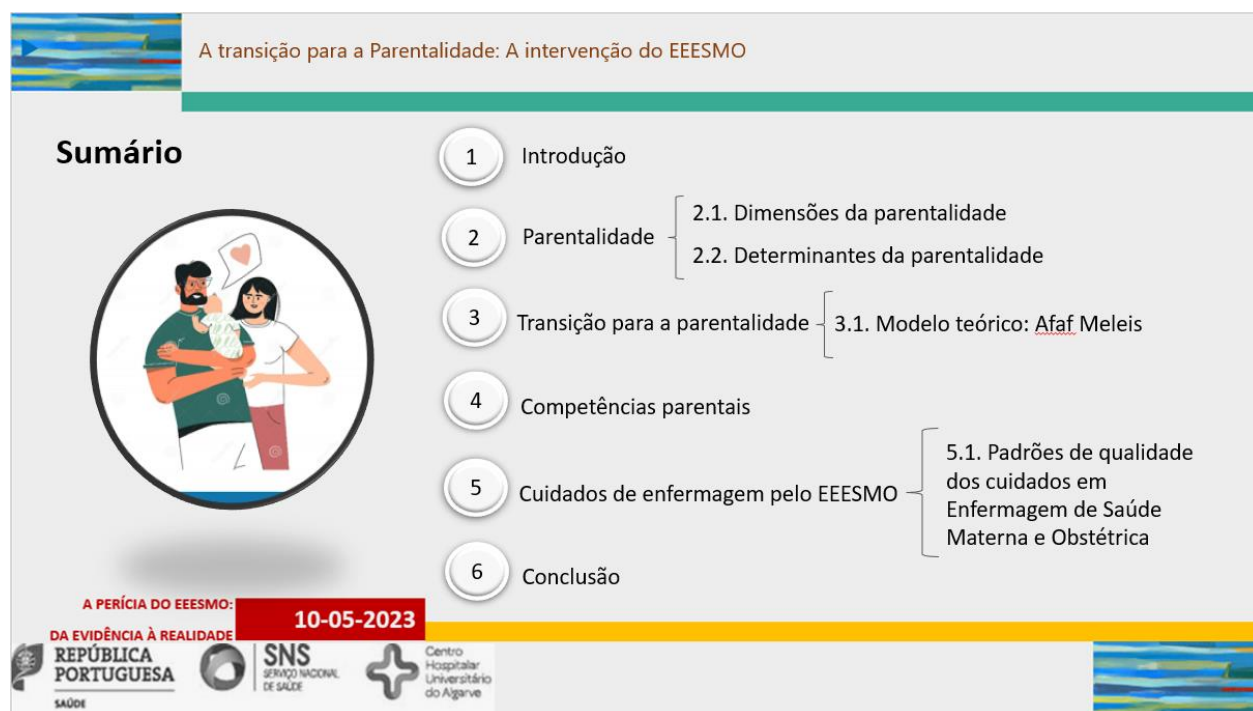
A transição para a Parentalidade: A intervenção do EEESMO

“A transição para a parentalidade é uma das tarefas mais complexas, difíceis e com maiores desafios e responsabilidades para o ser humano”
(Barroso & Machado, 2010)

Mestranda de EEESMO Joana Pereira
Sob supervisão da EEESMO Carla Albino
Sob orientação da Professora Doutora Otilia Zangão


Imagem: obtida com recurso a Inteligência Artificial (DALL-E)

REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE | SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE | Centro Hospitalar Universitário do Algarve



A transição para a Parentalidade: A intervenção do EEESMO

Sumário



- 1 Introdução
- 2 Parentalidade
 - 2.1. Dimensões da parentalidade
 - 2.2. Determinantes da parentalidade
- 3 Transição para a parentalidade
 - 3.1. Modelo teórico: Afaf Meleis
- 4 Competências parentais
- 5 Cuidados de enfermagem pelo EEESMO
 - 5.1. Padrões de qualidade dos cuidados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
- 6 Conclusão

A PERÍCIA DO EEESMO: DA EVIDÊNCIA À REALIDADE

10-05-2023

REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE | SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE | Centro Hospitalar Universitário do Algarve